

Señores,

**JUZGADO QUINTO (5º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CARTAGO**

[J05admcartago@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:J05admcartago@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA  
**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA  
**DEMANDANTE:** JUAN SEBASTIÁN JIMÉNEZ CARDONA Y OTROS  
**DEMANDADO:** COOSALUD E.P.S. S.A. Y OTROS  
**LL. EN GARANTÍA:** LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y OTROS  
**RADICACIÓN:** 76-147-33-33-001-2020-00143-00

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116. del Consejo Superior de la Judicatura, quien actúa en calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** propuesta por **JUAN SEBASTIÁN JIMÉNEZ CARDONA Y OTROS** en contra de **COOSALUD E.P.S. S.A., I.P.S DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, DUMIAN MÉDICAL S.A.S. – CLINICA MARÍA ANGEL DE TULUÁ – VALLE DEL CAUCA, FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE «EVARISTO GARCÍA» E.S.E.** Así mismo, **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** a mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, así como las que contiene el llamamiento en garantía que nos ocupa, en los siguientes términos:

## I. CAPÍTULO I. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

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

**1.1.1. FRENTE AL HECHO “PRIMERO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes en el expediente, en especial la información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, se observa que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) se encontraba afiliada a la entidad COOSALUD E.P.S. S.A. bajo el **RÉGIMEN SUBSIDIADO**, régimen que según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia se caracteriza por ser “... *el mecanismo mediante el cual la población*

*más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.”<sup>1</sup>*

Circunstancia esta que debe ser valorada por el despacho, pues, a pesar de que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) **no tenía capacidad de pago** para acceder a los servicios de salud, los demandantes solicitan, inexplicablemente, un perjuicio inmaterial a título de lucro cesante.

- 1.1.2. FRENTE AL HECHO “SEGUNDO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.3. FRENTE AL HECHO “TERCERO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.4. FRENTE AL HECHO “CUARTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.5. FRENTE AL HECHO “QUINTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.6. FRENTE AL HECHO “SEXTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.7. FRENTE AL HECHO “SÉPTIMO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.8. FRENTE AL HECHO “OCTAVO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

---

<sup>1</sup><https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx#:~:text=El%20R%C3%A9gimen%20Subsidiado%20es%20el,subsidio%20que%20ofrece%20el%20Estado.>

- 1.1.9. FRENTE AL HECHO “NOVENO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.10. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO PRIMERO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.11. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO SEGUNDO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.12. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO TERCERO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.13. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO CUARTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.14. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO QUINTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.15. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO SEXTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 1.1.16. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO SEPTIMO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes en el expediente, especialmente la historia clínica aportada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, se observa que en el hospital demandado un médico intensivista de turno refiere que no se puede aceptar a la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) debido a que no existe disponibilidad de UCI, circunstancia que es informada tanto a los médicos de la remisión como a los familiares de la paciente quienes entienden y aceptan la información suministrada.

La historia clínica ante la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA es del siguiente tenor:

|  |                       |                                     |                 |                            |
|--|-----------------------|-------------------------------------|-----------------|----------------------------|
|  |                       | FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA |                 | Nit: 891380054-1           |
| DEPARTAMENTO DE URGENCIAS  |                       |                                     |                 |                            |
| Fecha:   | 19/03/2019            | Hora:                               | 21:20           | Vinculación:               |
| Nombre:  | CARDONA PATIÑO AMPARO |                                     | Identificación: | BENEFICIARIO<br>CC24317979 |
| Motivo   |                       |                                     |                 |                            |
| "LA TRAIGO COMO URG VITAL"   |                       |                                     |                 |                            |
| PACIENTE QUE INGRESA A IPS DE CARTAGO CON CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN NAUSEAS EMESIS Y CEFALEA INTENSA, POSTRIOR A ESTO PRESENTA EPISODIO TONICO-CLONICO GENERALIZADO CON RECUPERACION ESPONTANEA POSTERIOR A ESTO CON DISMNUICION ABRPTA DE ESTADO DE CONSCINETE POR LO CUAL ASEGURAN VIA AREA Y REMITEN. TOMAN TAC CERERAL SIMPLE SODE SE APRECIA ACV HEMORRAGIO FRONTAL CON COMPROMESI DE VENTRICULOS LATERAL. SE HABLA CON INTENSIVISTA DE TURNO QUIE REFIERE QUE NO SE PUEDE ACEPTAR DEBIDO A NO DISPONIBIDA DE UCI. SE LE EXPLICA A MEDICO DE REMISION Y FAMILIARES QUIENES ENTIENDEN Y ACPETAN INFORMACION. |                       |                                     |                 |                            |
| Clasificación triage:  | NIVEL 3               | TA:                                 | 110/70          | P: 52                      |
| REDIRECCIONAR  |                       |                                     |                 |                            |
| Servicio:  | URGENCIAS GENERALES   |                                     | Destino:        |                            |

*Ricardo Jurado Llanos*

Para Uso exclusivo en SU Salud y CA

DR: JURADO LLANOS RICARDO ALBERTO  
Identificación: 1116243606  
Especialidad: MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116243606

**Transcripción esencial:** "PACIENTE QUE INGRESA A IPS DE CARTAGO CON CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN NAUSEAS EMESIS Y CEFALEA INTENSA, POSTRIOR (sic) A ESTO PRESENTA EPISODIO TONICO-CLINICO GENERALIZADO CON RECUPERACION ESPONTANEA POSTERIOR A ESTO CON DISMNUICION (sic) ABRPTA (sic) DE ESTADO DE CONSCINETE POR LO CUAL ASEGURAN VIA AREA Y REMITEN. TOMAN TAC CERERAL SIMPEL SODE SE APRECIA ACV HEMORRAGIO FRONTAL CON COMPROMESI DE VENTRICULOS LATERAL, **SE HABLO CON INTENSIVISTA DE TURNO QUIE REFIERE QUE NO SE PUEDE ACEPTAR DEBIDO A NO DISPONIBIIDA DE UCI. SE LE EXPLICA A MEDIO DE REMISION Y FAMILIARES QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN INFORMACION.**" (subrayado y negritas propias).

Adicionalmente a lo anterior, que por sí sólo excluye cualquier responsable de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, debe tenerse en cuenta la manifestación realizada por el asegurado al momento de contestar el hecho en mención, esto es, "... la señora AMPARO CARDONA PATIÑO NO FUE COMENTADA PREVIAMENTE A LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA POR PARTE DE LA EPS COOSALUD, NI POR LA IPS EN DONDE ESTUVO HOSPITALIZADA LA PACIENTE.

*Quiere decir lo anterior que no se cumplieron con los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia para el traslado de paciente de una institución a otra, LA SEÑORA AMPARO CARDONA PATIÑO FUE ENVIADA A LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA SIN HABER SIDO COMENTADA PREVIAMENTE (...)*

**1.1.17. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO OCTAVO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

**1.1.18. FRENTE AL HECHO “DÉCIMO NOVENO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

**1.1.19. FRENTE AL HECHO “VIGESIMO PRIMERO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

**1.1.20. FRENTE AL HECHO “VIGESIMO SEGUNDO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

**1.1.21. FRENTE AL HECHO “VIGESIMO TERCERO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

**1.1.22. FRENTE AL HECHO “VIGESIMO CUARTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

**1.1.23. FRENTE AL HECHO “VIGÉSIMO QUINTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo

Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes en el expediente, se observa el certificada de defunción No. 72062093-0 donde consta que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) falleció siendo las 05:05 a.m. el día 20 de marzo de 2019.

Frente a las otras afirmaciones realizadas en el hecho “vigésimo quinto” no se trata propiamente un hecho, sino más bien de un afirmación subjetiva de la parte actora. Sobre el particular, la doctrina procesalista ha sido bastante crítica frente a los errores de “técnica procesal” en los que ahora incurre la parte actora, el profesor Hernán Fabio López Blanco dice, por ejemplo, lo siguiente:

*“En el aparte de los hecho no cabe, dentro de una estricta técnica procesal, realizar apreciaciones subjetivas acerca de posibles formas de ocurrencia de lo que se quiere probar, como tampoco interpretaciones legales de ciertas disposiciones, errores éstos que se observan frecuentemente en las demandas. Ciertamente, debe realizarse un escueto relato de los hechos tal como se afirma ocurrieron, tratando, en lo posible, evitar todo matiz subjetivo en su redacción, pues se debe tener siempre presente que lo que se va a hacer en el proceso es precisamente probar ante el juez cómo ocurrieron las circunstancias relatadas en el acápite de los hechos.”<sup>2</sup>*

Por todo lo anterior, frente a las demás afirmaciones realizadas, las mismas no se pueden tener como un hecho de la demanda, pues la parte actora ni siquiera cumplió con la técnica procesal de exponer con claridad y objetividad los hechos que le sirven de fundamento a sus pretensiones.

**1.1.24. FRENTE AL HECHO “VIGÉSIMO SEXTO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

**1.1.25. FRENTE AL HECHO “VIGÉSIMO SÉPTIMO”:** No se trata de un hecho, sino más bien de una afirmación subjetiva de la parte demandante.

**1.1.26. FRENTE AL HECHO “VIGÉSIMO OCTAVO”:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

No obstante lo anterior, se observa en las pruebas documentales obrantes en el expediente el acta de la audiencia de conciliación llevada a cabo el 12 de febrero de 2020 ante la Procuraduría 211 Judicial I para Asuntos Administrativos de Pereira dentro de la conciliación

<sup>2</sup> López Blanco, H. F. (2019). Código general del proceso. Parte general. Dupre Editores Ltda. Página. 518.

extrajudicial convocada por Juan Sebastián Jiménez y Otros y como convocados E.P.S. COOSALUD – I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA y OTROS dentro del radicado No. 2019-674 de 18 de diciembre de 2019.

## 1.2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DE PRETENSIONES

**1.2.1. A LA PRETENSIÓN PRIMERA (DECLARATIVA):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente a la declaratoria de responsabilidad administrativa y patrimonial pretendida por los actores respecto de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, porque tal y como se ahondará en el acápite de excepciones, no se encuentran probados todos y cada uno de los presupuestos de la responsabilidad extracontractual de dicha entidad demandada por la prestación del servicio médico-asistencia, sino que, contrario a lo afirmado en la demanda, se encuentra acreditado que no existe ningún nexo causal entre el fallecimiento de la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) y la conducta desplegada por el asegurado, pues la primera fue remitida a las instalaciones de la demandada sin haberse comentado previamente la disponibilidad de camas UCI por parte de la E.P.S. COOSALUD ni por la I.P.S. donde estuvo hospitalizada inicialmente la paciente, circunstancia que no sólo es indicativa del hecho de un tercero como causal exonerativa de la responsabilidad aquiliana del asegurado, sino que además demuestra que las otras entidades demandadas no cumplieron con los protocolos de referencia y contrarreferencia para el traslado de pacientes de una institución a otra.

Por todo lo anterior, no sólo se impone el fracaso de las pretensiones de la demanda que ahora ocupa la atención del despacho, sino que además debe declararse probada los medios de defensa exceptivos tendientes a exonerar de toda responsabilidad a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA pues se tiene que esta actuó de forma diligente y cuidadosa, no existiendo ningún nexo de causalidad entre el actuar de dicho hospital y la omisión de las otras demandadas frente a los protocolos de referencia y contrarreferencias para el traslado de pacientes.

**1.2.2. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (PERJUICIOS MORALES):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados por los demandantes porque dichos perjuicios de ninguna forma pueden ser imputables a la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA .

**1.2.3. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (PERJUICIOS MORALES DE AMPARO CARDONA PATIÑO):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados por los señores Juan Sebastián Jiménez Cardona y Adriana Cardona, como sucesores de la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.), por dos sencillas razones: la primera y más importante, porque los mismos no son de ninguna forma imputables a la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA; y la segunda, porque no se encuentra acreditado que la víctima directa haya experimentado dichos perjuicios morales en vida, circunstancia que deberá ser probada por los demandantes.

- 1.2.4. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (DAÑO A LA SALUD DE AMPARO CARDONA PATIÑO):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago del daño a la salud solicitado por los señores Juan Sebastián Jiménez Cardona y Adriana Cardona, como sucesores de la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.), por dos sencillas razones: la primera y más importante, porque los mismos no son de ninguna forma imputables a la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA; y la segunda, porque no se encuentra acreditado que la víctima directa haya experimentado dicho daño a la salud en vida, circunstancia que deberá ser probada por los demandantes.
- 1.2.5. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (ALTERACIÓN GRAVE A BIENES E INTERESES CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE PROTEGIDOS):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago del daño a los bienes e intereses constitucional y convencionalmente protegidos pues no se encuentra acreditada dentro del proceso su concreción como lo exige la jurisprudencia unificada del H. Consejo de Estado desde el 28 de agosto de 2014. De igual forma, se plantea la oposición al perjuicio inmaterial solicitado en que no existe ninguna relación causal entre la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y el supuesto daño sufrido por los demandantes.
- 1.2.6. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (INDEMNIZACIÓN NO PECUNIARIA):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente a la solicitud realizada por la actora a título de indemnización no pecuniaria, pues como se ha venido exponiendo a lo largo de toda esta contestación, no existe ningún nexo causal entre la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y el daño supuestamente sufrido por la parte actora.
- 1.2.7. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (LUCRO CESANTE):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago del lucro cesante, ya sea el mismo consolidado y/o futuro), por dos razones: la primera, porque el perjuicio material solicitado no es imputable de ninguna forma al actuar diligente y cuidadoso de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA; y la segunda, porque la parte actora no ha probado, como es su deber, que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) fuese una persona laboralmente activa, que devengara ingresos mensuales y que con ellos otorgara ayuda económica a su familia, tal y como lo ha exigido la jurisprudencia en sentencias como la del 1 de noviembre de 2023<sup>3</sup>:

*“En cuanto al lucro cesante, esta Corporación ha sostenido que se trata de la ganancia frustrada o del provecho económico que deja de reportarse como consecuencia de la ocurrencia del daño, de manera que, de no producirse el daño, habría ingresado ya o en el futuro al patrimonio de la víctima o de los perjudicados.*”

<sup>3</sup> Consejo De Estado. Sala De Lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera - Subsección C Consejero Ponente: Nicolás Yepes Corrales. Sentencia Del Primero (1º) De Noviembre De Dos Mil Veintitrés (2023). Referencia: Reparación Directa. Radicación: 23001233100020090010301 (49469). Demandante: Luisa Martínez López Y Otros. Demandado: Departamento De Córdoba

*Asimismo, la Corporación ha considerado que, como todo perjuicio, para que procedan el reconocimiento y la indemnización por concepto de lucro cesante, éste debe ser cierto y existente, es decir, debe probarse que la víctima era laboralmente activa, que devengaba ingresos mensuales, que con ellos otorgaba ayuda económica a su familia y que a consecuencia del daño dejó de percibir el salario con el cual sustentaba su propia subsistencia y la de su familia* (subrayado y negritas propias).

Además de la deficiencia probatoria de los actores que no acreditan los elementos y presupuestos necesarios para la existencia del lucro cesante, se tiene probado por los medios probatorios que obran dentro del expediente que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) se encontraba afiliada a la entidad COOSALUD E.P.S. S.A. bajo el **RÉGIMEN SUBSIDIADO**, régimen que según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia se caracteriza por ser “... el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.”<sup>4</sup>, lo que parece una contradicción con las peticiones aquí esbozadas, pues si la víctima directa no tenía ni siquiera sustento económico para acarrear un servicio de salud y debía ser subsidiada por el Estado, no se explica como a pesar de todo ello brindaba recursos económicos a los demandantes.

**1.2.8. A LA PRETENSIÓN TERCERA (INTERESES):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente a la solicitud de intereses como consecuencia del fracaso de todas las pretensiones de la demanda que dieron origen al presente litigio respecto de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.

**1.2.9. A LA PRETENSIÓN CUARTA (COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** a la solicitud de condena en costas y agencias en derecho, ello como consecuencia del fracaso de todas las pretensiones de la demanda que dio origen al presente litigio y en la medida en que una remota e hipotética decisión desfavorable no implica una condena automática, ello debido a que las costas solo pueden decretarse cuando existen pruebas dentro del expediente de su causación.

Al respecto, se debe tener en cuenta que, la Sala Plena del Consejo de Estado con ponencia de la Consejera Rocío Araújo Oñate ha dicho que: “...la condena en costas, opera de manera objetiva contra la parte vencida en juicio, pero no en forma automática, en tanto el juzgador debe valorar que esté configurada cualquiera de las hipótesis previstas por el legislador.”<sup>5</sup> (énfasis añadido).

**1.2.10. A LA PRETENSIÓN QUINTA (PERJUICIOS EN ABSTRACTO “... los pretendidos o cualquiera de ellos que no se hayan podido probar o cuantificar”):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento de otro perjuicio no solicitado

<sup>4</sup><https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx#:~:text=El%20R%C3%A9gimen%20Subsidiado%20es%20el,subsidio%20que%20ofrece%20el%20Estado.>

<sup>5</sup> C.E. Sala Plena. Ex. 15001-33-33-007-2017-00036-01(AP)REV-SU, agosto 6/2019. C.P. Rocío Araújo Oñate

expresamente en la demanda, en primer lugar, porque no se encuentra acreditada la responsabilidad de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y, en segundo lugar, porque la jurisdicción de lo Contencioso Administrativo es eminentemente rogada por lo que las pretensiones *extra* o *ultra petita* no están contempladas en estos casos.

Ahora bien, sobre pretensiones como las solicitadas por la parte demandante, debe recordarse, junto con la jurisprudencia del H. Consejo de Estado que “...*la jurisdicción contencioso administrativa es de carácter rogado, lo que significa que el juez debe limitar su acción a lo pedido en las pretensiones de la demandada, para no incurrir en un fallo extra petita o ultra petita.*”<sup>6</sup> Por lo que ciertamente el despacho está vedado para reconocer una tipología diferente o más perjuicios de los solicitados en el libelo demandatorio.

Por lo anterior, se reitera la oposición al reconocimiento de cualquier otro tipo de perjuicio, o, como se afirma en la demanda, “... *los pretendidos o cualquiera de ellos que no se hayan podido probar o cuantificar*”, material (daño emergente y/o lucro cesante) o inmaterial (daño a la salud y/o daño a los bienes constitucional y convencionalmente protegidos) solicitado por fuera de las oportunidades procesales dispuestas para tal efecto.

**1.2.11. A LA PRETENSIÓN DECLARATORIA SUBSIDIARIA (PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD O CHANCE):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de la pérdida de oportunidad solicitada, pues, además que hasta ahora no se ha acreditado con suficiencia que el daño demandado sea imputable al actuar diligente y cuidadoso de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, se tiene que el perjuicio solicitado no se encuentra probado, pues no existe ninguna certeza frente a su causación.

Sobre la pérdida de la oportunidad debe recordarse que desde antaño el H. Consejo de Estado ha considerado que la pérdida de la oportunidad no puede ser un criterio auxiliar de imputación. Así, por ejemplo, en sentencia del 5 de abril de 2017<sup>7</sup>, el alto tribunal de lo contencioso administrativo consideró lo siguiente:

*“14.3. Después de haber revisado las dos posturas sobre el fundamento de la pérdida de oportunidad, la Sala considera que la postura que mejor solventa los dilemas suscitados es aquella que concibe a la pérdida de oportunidad como un fundamento de daño derivado de la lesión a una expectativa legítima, diferente de los demás daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte (vida) o afectación a la integridad física, por lo que así como se estructura el proceso de atribución de estos últimos en un caso determinado, también se debe analizar la imputación de un daño derivado de una vulneración a una expectativa*

<sup>6</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección C. Sentencia del 1º de julio de 2015. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Radicado No. 73001-23-31-000-2004-01345-01(34290)

<sup>7</sup> Consejo De Estado. Sala De Lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero. Bogotá, D.C., Cinco (05) De Abril De Dos Mil Diecisiete (2017). Radicación Número: 17001-23-31-000-2000-00645-01(25706). Actor: Ángela María Gutiérrez Campiño Y Otros. Demandado: Cajanal Y Otro. Referencia: Acción De Reparación Directa.

*legítima en todos los perjuicios que de ella se puedan colegir, cuya naturaleza y magnitud varía en función del interés amputado y reclamado.*

*14.4. Esto conduce a la Sala a sostener que no es posible aceptar que la pérdida de oportunidad sea un criterio auxiliar de imputación de responsabilidad, habida cuenta de que no será dable, desde un punto de vista jurídico, acceder a declarar la responsabilidad sin que exista certeza del vínculo entre el daño sufrido por la víctima -ej. muerte- y el hecho dañino, ni tampoco es viable construir una presunción artificial y parcial de responsabilidad, y condenar -haciendo uso de esta técnica de facilitación probatoria- a reparar una fracción de la totalidad del daño final sin tener ni siquiera certeza de que el demandado es en realidad el autor del daño final. Al derecho de daños no le interesa atribuir daños parciales sin prueba total de responsabilidad; es necesario que exista certeza y que se determine con claridad por qué en razón de la conducta del autor que desconoce obligaciones se atribuye jurídicamente el daño. Por tanto, la pérdida de oportunidad no es una técnica alternativa y flexible para resolver casos de incertidumbre causal entre la intervención del tercero y el beneficio perdido o el detrimento no evitado, pues se incurriría claramente en una contradicción de los cimientos mismos del sistema de responsabilidad o en una elusión de los presupuestos de responsabilidad (...)*

En virtud de lo anterior, no puede el demandante tratar de subsanar los defectos de su imputación jurídica y fáctica en contra de la demandada, solicitando el reconocimiento de la pérdida de oportunidad, pues al igual que en otros eventos de responsabilidad médica se deberá acreditar la falla del servicio y su nexo de causalidad con el daño supuestamente irrogado.

#### **1.2.12. A LA PRETENSIÓN RELATIVA AL RECONOCIMIENTO DE CUALQUIER OTRO DAÑO QUE SE LOGRE PROBAR:**

Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de cualquier otro perjuicio que se logre probar consistente en la falta de consentimiento informado, indebido diligenciamiento de historia clínica, o, como se menciona en la demanda “entre otros”, por varias razones a saber: la primera y más importante, porque la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA no atendió a la paciente Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) debido a que no existía disponibilidad de camas UCI para adultos y al incumplimiento de los protocolos de referencia y contrareferencia por parte de su E.P.S. y de la I.P.S. que inicialmente la atendió, circunstancia que indica la inexistencia de cualquier nexo causal entre la conducta diligente y cuidadosa desplegada por el asegurado y el daño supuestamente sufrido por los actores; la segunda, porque, como se mencionó al momento de plantear la oposición a la solicitud de reconocimiento de cualquier perjuicio que se logre probar, la jurisdicción de lo contencioso administrativo es rogada, es decir, el juez está limitado por las pretensiones planteadas en el libelo genitor; y por último y en tercer lugar, porque aun recurriendo a las facultades de interpretación que tiene el juzgador frente a la demanda, se tiene que no es posible observar la existencia de un “daño autónomo” como lo menciona la parte actora, pues no ha quedado reflejado en la imputación fáctica y jurídica que realizan los demandantes la existencia de una vulneración

al “consentimiento informado” o un “indebido diligenciamiento de la historia clínica”, por lo que ciertamente dichos daños no reúnen las condiciones necesarias de existencia y certidumbre para su reconocimiento e indemnización.

En general **ME OPONGO** a todas y cada una de las pretensiones formuladas por los demandantes a través del medio de control de reparación directa como consecuencia de la inexistencia de los presupuestos necesarios para el surgimiento de la responsabilidad extracontractual por la prestación del servicio médico-asistencial, la inexistencia de un nexo de causalidad entre la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA en la atención a la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.), el incumplimiento de los protocolos de referencia y contrareferencia por parte de terceros, la indisponibilidad de camas UCI para adultos y la inexistencia de los perjuicios materiales solicitados y, en general, por falta de fundamentos fácticos y jurídicos de la demanda incoada.

### **1.3. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA**

En el presente acápite se presentarán los fundamentos de hecho y de derecho que, en general, sustentan la oposición a las pretensiones de la demanda y que en particular dan cuenta de que la parte demandante no ha probado, como es su deber, la existencia de todos los supuestos normativos de la presunta responsabilidad patrimonial que pretende endilgarse en contra de la demandada FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA en este litigio. Se sustenta la oposición a las pretensiones invocadas por el extremo activo de este litigio, de conformidad con las siguientes excepciones:

#### **1.3.1. DE FONDO O MÉRITO**

##### **1.3.1.1. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA DILIGENTE Y CUIDADOSA DESPLEGADA POR LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA Y EL DAÑO DEMANDADO**

Todas y cada una de las pretensiones de la demanda deben ser negadas, pues, los demandantes no han probado, como es su deber hacerlo, de conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable a esta controversia de conformidad con los artículos 211 y 306 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los presupuestos de la responsabilidad extracontractual por el servicio médico asistencial, en especial no han probado que exista un nexo de causalidad entre la conducta desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y la muerte de la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.), debiéndose tener presente que dicha paciente no fue comentada previamente a su remisión y tampoco se cumplieron con los protocolos de referencia y contrareferencia para su traslado de una institución médica a otra.

Para sustentar el medio exceptivo de defensa que ahora se propone, debe inicialmente por tenerse en cuenta el DECRETO 4747 DE 2007 “*por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*” en el cual se dispuso

lo siguiente sobre los protocolos de referencia y contrarreferencia para la remisión de pacientes:

*“Artículo 3°.Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:*

*(...)*

*c) Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y **los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago**, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos;*

*d) Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, **así como el proceso de referencia y contrarreferencia**;*

***e) Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.***

***La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.***

***La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica;***

*(...)*

*Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia **es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud**, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.*

*Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitidor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.*

*Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.” (subrayado y negritas propias).*

En cumplimiento de la anterior normatividad, la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA envió para los días 18 y 19 de marzo de 2019, es decir, para la fecha en que la paciente Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) entró al servicio de la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca, reporte al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del Valle del Cauca (CRUE VALLE) informando que tenía **CERO (0) CAMAS DE UCI ADULTO DISPONIBLE**, todo ello como consta en las pruebas aportadas por el asegurado junto con su contestación en la demanda.

En el reporte del día 18 de marzo de 2019 a las 09:34:30, es decir, un día antes de que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) entrara al servicio de la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca, se observa la siguiente información:

“(…)

*Envío reporte de hemoderivados y disponibilidad de Camas*

**UCI ADULTOS – 0**

**UCI INTERMEDIOS – 1**

**UCI NEONATAL 1**

**PCTE POSIBLES DONANTE: SIN REPORTE**

*ESPECIALIDADES:*

*Ortopedia*

*Cirugía General*

*Pediatría*

*Neonatología*

*Medicina interna*

*Ginecología*

*Neurocirugía*

(...)" (subrayado y negritas propias).

Conmutador: (572) 2361000 Ext. 117  
Celular **3176688303**  
Guadalajara de Buga, Valle

---

**De:** "Central Referencia FHSJB" <centralreferencia@fhsjb.org>

**Para:** "cruesalud" <cruesalud@cruevalle.org>

**Enviados:** Lunes, 18 de Marzo 2019 9:34:30

**Asunto:** DISPONIBILIDAD DE HEMODERIVADOS

Buenos días

Envío reporte de hemoderivados y disponibilidad de Camas

**UCI ADULTOS -- 0**

UCI INTERMEDIOS -- 1

UCI NEONATAL 1

PCTE POSIBLES DONANTE: SIN REPORTE

*ESPECIALIDADES:*

*Ortopedia*

*Cirugía General*

*Pediatría*

*Neonatología*

*Medicina interna*

*Ginecología*

*Neurocirugía*

Gracias por su atención.



Amable y Seguro

MARILENY CASTAÑO G.

Auxiliar Adm. de Referencia y Contra Referencia

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

AMABLE Y SEGURO

Conmutador: (572) 2361000 Ext. 117

Celular 3136251344

Guadalajara de Buga, Valle

De igual forma, se observa que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA reportó para el día 19 de marzo de 2019 a las 10:30, es decir, para el día en que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) ya había entrado al servicio de la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E Valle del Cauca, la siguiente información:

“Envío reporte de hemoderivados y disponibilidad de Camas

**UCI ADULTOS – 0**

UCI INTERMEDIOS – 1

UCI NEONATAL 1

PCTE POSIBLES DONANTE : SIN REPORTE

(...)” (subrayado y negritas propias).

Zimbra:

juridico@fhsjb.org

**DISPONIBILIDAD DE HEMODERIVADOS**

De : Central Referencia FHSJB  
<centralreferencia@fhsjb.org>

mar, 19 de mar de 2019 10:30

3 ficheros adjuntos

Asunto : DISPONIBILIDAD DE HEMODERIVADOS

Para : cruesalud <cruesalud@cruevalle.org>

Buenos días

Envío reporte de hemoderivados y disponibilidad de Camas

**UCI ADULTOS -- 0**

UCI INTERMEDIOS -- 1

UCI NEONATAL 1

PCTE POSIBLES DONANTE: SIN REPORTE

ESPECIALIDADES:

Ortopedia

Cirugía General

Pediatría

Neonatología

Medicina interna

Ginecología

Neurocirugía

Gracias por su atención.

Gracias por su atención.



CLAUDIA E. PIEDRAHITA.  
Auxiliar Adm. de Referencia y Contra Referencia  
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA  
AMABLE Y SEGURO

Obsérvese entonces de todo lo anterior que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA cumplió con su obligación de reportarle al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del Valle del Cauca (CRUE VALLE) la **NO** disponibilidad de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) para adultos, circunstancia que debió haber sido consultada por la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca y por la E.P.S. Coosalud antes de remitir a la paciente a las instituciones hospitalarias del asegurado pues seguramente no se contaría con una cama UCI para su atención.

Nótese de igual forma como, debido al incumplimiento de los protocolos de referencia y contrareferencia, la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca inició la remisión de la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) sin siquiera comentar primero la paciente con la entidad hospitalaria receptora, circunstancia que termino ante una negativa de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA debido a que no tenía Unidades de Cuidados Intensivos para la atención de la paciente:

|  |                       |                                     |                  |
|--|-----------------------|-------------------------------------|------------------|
|   |                       | FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA | Nit: 891380054-1 |
| DEPARTAMENTO DE URGENCIAS  |                       |                                     |                  |
| Fecha:   | 19/03/2019            | Hora:                               | 21:20            |
| Nombre:  | CARDONA PATIÑO AMPARO | Vinculación:                        | BENEFICIARIO     |
|  |                       | Identificación:                     | CC24317979       |
| Motivo   |                       |                                     |                  |
| "LA TRAIGO COMO URG VITAL"   |                       |                                     |                  |
| PACIENTE QUE INGRESA A IPS DE CARTAGO CON CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN NAUSEAS EMESIS Y CEFALEA INTENSA, POSTRIOR A ESTO PRESENTA EPISODIO TONICO-CLONICO GENERALIZADO CON RECUPERACION ESPONTANEA POSTERIOR A ESTO CON DISMNUICION ABRPTA DE ESTADO DE CONSCINETE POR LO CUAL ASEGURAN VIA AREA Y REMITEN. TOMAN TAC CERERAL SIMPLE SODE SE APRECIA ACV HEMORRAGIO FRONTAL CON COMPROMESI DE VENTRICULOS LATERAL. SE HABLA CON INTENSIVISTA DE TURNO QUIE REFIERE QUE NO SE PUEDE ACEPTAR DEBIDO A NO DISPONIBIDA DE UCI. SE LE EXPLICA A MEDICO DE REMISION Y FAMILIARES QUIENES ENTIENDEN Y ACPETAN INFORMACION. |                       |                                     |                  |
| Clasificación triage:  | NIVEL 3               | TA:                                 | 110/70           |
|  | REDIRECCIONAR         | P:                                  | 52               |
|  |                       | FR:                                 | 10               |
|  |                       | GLASSGOW:                           | 3                |
|  |                       | SAO2:                               | 92               |
| Servicio:  | URGENCIAS GENERALES   |                                     |                  |
| Destino:   |                       |                                     |                  |

*Ricardo Jurado Llanos*

Para Uso exclusivo en SU Salud y CA

DR: JURADO LLANOS RICARDO ALBERTO  
Identificación: 1116243606  
Especialidad: MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116243606

**Transcripción esencial:** "PACIENTE QUE INGRESA A IPS DE CARTAGO CON CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN NAUSEAS EMESIS Y CEFALEA INTENSA, POSTRIOR (sic) A ESTO PRESENTA EPISODIO TONICO-CLINICO GENERALIZADO CON RECUPERACION ESPONTANEA POSTERIOR A ESTO CON DISMNUICION (sic) ABRPTA (sic) DE ESTADO DE CONSCINETE POR LO CUAL ASEGURAN VIA AREA Y REMITEN. TOMAN TAC CERERAL SIMPEL SODE SE APRECIA ACV HEMORRAGIO FRONTAL CON COMPROMESI DE VENTRICULOS LATERAL, SE HABLO CON INTENSIVISTA DE TURNO QUIE REFIERE QUE NO SE PUEDE ACEPTAR DEBIDO A NO DISPONIBIDA DE UCI. SE LE EXPLICA A MEDIO DE REMISION Y FAMILIARES QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN INFORMACION." (subrayado y negritas propias).

Lo anterior no sólo esta soportado en la historia clínica de la paciente, sino que, de igual forma, es confesado por el apoderado judicial de la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca, en su escrito de contestación a la demanda de la siguiente forma:

"La paciente requería de valoración por médico especialista en medicina interna y/o neurología, acto que se tornó demorado, lento e impreciso por la falta de autorización de la remisión a otra institución por culpa exclusiva de la COOSALUD EPS, pues por la falta de respuesta oportuna de ésta, el personal

médico toma la decisión de salir como urgencia vital al Hospital San Jorge donde no es aceptada porque no hay cupo en UCI, se comunican vía telefónica con la señora Pilar Auditora de COOSALUD e indica vía telefónica que debe ser llevada a la Clínica María Ángel Tuluá donde hay convenio y hay UCI, se traslada como urgencia vital de la ciudad de Pereira a Tuluá.

De Tuluá informan que no hay disponibilidad para la toma de la angiografía cerebral por lo que se debe continuar con la paciente al centro hospitalario San José de Buga donde se comenta paciente con medico de cuidado crítico, realiza triage y no recibe paciente por no haber disponibilidad de cama en UCI, se sigue el traslado al HUV de Cali donde es valorada por medico de turno informándonos que no se puede recibir porque no hay disponibilidad de cama, continuando el camino con paciente a la Clínica de Imbanaco en donde finalmente es recibida y valorada por medico intensivista y se deja en sala de UCI.

Es claro que el proceso de remisión y traslado por parte de la IPS fue oportuno e insistente; situación que no se predica de las demás entidades y de **la EPS COOSALUD quien dilató y no se apersonó de su asegurada**, siendo evidente que la atención médica dada fue proporcional a la capacidad de resolución del I nivel y baja complejidad de mi defendido, en observancia a las normas de referencia y contrarreferencia, **pero desafortunadamente por culpa de COOSALUD la paciente falleció sin tener la oportunidad de recibir los servicios asistenciales requeridos por la enfermedad que padecía.**

**La actitud de la EPS se califica como omisiva, al propiciar que la señora Amparo Cardona perdiera la oportunidad de ser atendida a tiempo en una institución de nivel superior, pues Coosalud tenía el deber legal de actuar y realizar acciones encaminadas a gestionar con su red de prestadores la remisión de la paciente y, por el contrario, optó por asumir una actitud omisiva y negligente.**

Su fallecimiento no ocurrió ni se propició por falta de atención de la I.P.S. del Municipio de Cartago, sino por la **falta de autorización de la remisión en cabeza de COOSALUD EPS** y que se define como hecho causante de la pérdida de oportunidad o pérdida de chance de ser atendida en una entidad de nivel superior (...)" (subrayado y negritas propias).

Como se observa, el apoderado judicial de la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca confiese que, ante la falta de autorización de la remisión por parte de la E.P.S. Coosalud, la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca, sin consultar la paciente y la disponibilidad de Unidades de Cuidados Intensivos, según los protocolos de referencia y contrarreferencia, toma la decisión de salir con la paciente hacia la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

Visto lo anterior, debe recordarse que el artículo 193 del Código General del Proceso, aplicable a la presente controversia en virtud de los artículos 211 y 306 del Código de Procedimiento

Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, contempla la confesión mediante apoderado judicial la cual se entiende otorgada para la contestación de la demanda, como se observa claramente en dicha disposición:

*“ARTÍCULO 193. CONFESIÓN POR APODERADO JUDICIAL. La confesión por apoderado judicial valdrá cuando para hacerla haya recibido autorización de su poderdante, la cual se entiende otorgada para la demanda y las excepciones, **las correspondientes contestaciones**, la audiencia inicial y la audiencia del proceso verbal sumario. Cualquier estipulación en contrario se tendrá por no escrita.”*  
(subrayado y negritas propias).

Con lo anterior, se quiere indicar que en el curso causal del daño que ocasionó la muerte de la paciente Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d) de ninguna forma intervino la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, pues, además de que no se le consultó previamente la paciente para saber si dicha institución hospitalaria contaba o no con Unidades de Cuidados Intensivos, la I.P.S. que inicialmente trato a la occisa confesó en su contestación a la demanda que ante el silencio de la E.P.S. decidieron salir con la paciente como una urgencia vital, esto es, sin cumplir los protocolos de referencia y contrareferencia asegurándose por lo menos que la entidad receptora tuviese disponibles UCI para su correcta recepción.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada la presente excepción en la medida en que no existe ningún nexo causal entre la conducta desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y el daño demandado, reiterándose que las entidades que aportaron las condiciones esenciales para que el curso causal llegara a su fin fueron la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca y la E.P.S. Coosalud al no haber cumplido con los protocolos de referencia y contrarreferencia, pues si tan sólo hubiesen puesto primero en conocimiento la paciente antes de iniciar con su remisión se hubiese ahorrado ese valioso tiempo de traslado, pues desde un comienzo el asegurado había indicado ante las autoridades competentes del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del Valle del Cauca (CRUE VALLE) que no contaba con Unidades de Cuidados Intensivos para adultos.

#### **1.3.1.2. INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS DE LA RESPONSABILIDAD POR PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO-ASISTENCIAL – AUSENCIA DE ELEMENTOS PROBATORIOS PARA LA CONFIGURACIÓN DE LA FALLA O CULPA MÉDICA**

No obstante que la ausencia de un solo de los elementos de la responsabilidad como lo es el nexo causal impide que surja cualquier débito indemnizatorio a cargo de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, se tiene que al presente proceso tampoco concurren los otros elementos de la responsabilidad aquiliana como lo son la falla y/o la culpa en el servicio médico asistencial, por lo que todas y cada una de las pretensiones solicitadas en la demanda deben ser negadas ante la inexistencia de dichos presupuestos y elementos esenciales.

Para sustentar la presente excepción corresponde poner de presente desde ya que la parte actora no se puede valer únicamente de su dicho para pretender configurar el débito indemnizatorio a

cargo de las demandadas, pues, vale la pena resaltar que en asuntos como el que ahora ocupa la atención del despacho, se aplica el título de imputación subjetivo denominado falla del servicio y, para ser más concretos, falla del servicio en su modalidad probada, como acertadamente lo ha dicho el H. Consejo de Estado desde sentencias como la del 29 de julio de 2021<sup>8</sup>:

**“8. La Sala reitera que la falla probada del servicio es el título de imputación aplicable a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico asistencial. Luego de acudir a criterios como la “falla presunta” o la “teoría de las cargas dinámicas de la prueba”, la jurisprudencia retomó la regla probatoria del artículo 177 CPC, según el cual incumbe a las partes demostrar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que persiguen.**

**El demandante debe, pues, demostrar el daño, la falla por una omisión o una acción negligente o irregular de la entidad estatal y el nexo de causalidad, es decir, que la falla médica fue la causa eficiente del daño sufrido.** A pesar de que la carga probatoria es del demandante, la entidad estatal puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa, como la culpa de la víctima o el hecho de un tercero, o que fue el desenlace natural de la patología del paciente.

*Para acreditar la falla y el nexo causal, el demandante puede acudir a todos los medios de prueba, pero en materia médica cobra especial importancia el dictamen pericial y los indicios, los que, a su vez, pueden establecerse a partir de conductas procesales de las partes, como no aportar la historia clínica o hacerlo de forma incompleta, en los términos del artículo 249 CPC. No obstante, la existencia de indicios no es suficiente por sí misma para estructurar los elementos de la responsabilidad. Es necesario que estos sean coherentes con el resto del acervo probatorio, luego de una valoración bajo los criterios de la sana crítica y las reglas de la experiencia<sup>9</sup>.”* (subrayado y negritas propias).

En esa medida lo cierto es que la parte actora no ha probado, como es su deber, de conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable a esta controversia de conformidad con los artículos 211 y 306 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los presupuestos de la responsabilidad extracontractual del Estado por el servicio médico-asistencial, en especial, no han probado las razones por las cuales la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA sería responsable por la muerte de la paciente Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) cuando lo cierto es que ni siquiera dicha paciente les fue consultada por la entidad remitora y tampoco podía atenderla pues no contaban con Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

<sup>8</sup> CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN C. Consejero ponente: GUILLERMO SÁNCHEZ LUQUE. Sentencia veintinueve (29) de julio de dos mil veintiuno (2021). Radicación número: 05001-23-31-000-2007-03306-01(46672). Actor: DANIEL ESTEBAN DE LOS RÍOS Y OTROS. Demandado: NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA, POLICÍA NACIONAL. Referencia: APELACIÓN SENTENCIA - ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

<sup>9</sup> Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, Rad. 15.772, [fundamento jurídico 4], en Antología Jurisprudencias y Conceptos, Consejo de Estado 1817-2017 Sección Tercera Tomo B, Bogotá, Imprenta Nacional, 2018, pp. 349-350, disponible en <https://bit.ly/3gjjuduK>.

para el momento en que se presentó el evento.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda, declarando probada la presente excepción pues lo cierto es que FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA informó a la autoridad competente que no contaba con Unidades de Cuidados Intensivos para los días en los que la paciente requirió atención y, aún a pesar de ello, las entidades que decidieron hacer la remisión pasaron por alto los protocolos de referencia y contrareferencia.

### 1.3.1.3. NADIE ESTA OBLIGADO A LO IMPOSIBLE – LA ACTIVIDAD MÉDICA COMPORTA OBLIGACIONES DE MEDIOS MÁS NO DE RESULTADOS

Se plantea la siguiente excepción en la medida en que la obligación médica de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA era de medios más no de resultados, máxime si se tiene en cuenta que dicha institución hospitalaria informó con tiempo al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del Valle del Cauca (CRUE VALLE) que no tenía Unidades de Cuidado Intensivo disponibles, circunstancia que lógicamente exime de responsabilidad a la entidad asegurada pues en un régimen subjetivo en el cual se analiza la diligencia y cuidado empleada por la institución médica resulta imposible imponer obligaciones más allá de las capacidades físicas y operativas de la institución prestado de servicios.

Como sustento de esta excepción debe recordarse que en la actividad médica surgen una serie de obligaciones, llamadas por la doctrina y jurisprudencia, como de medios o de resultado, las primeras de ellas, que son la regla general en la profesión médica, se caracterizan, en opinión de la doctrina nacional, por lo siguiente:

#### *“5.2.1. Significado de las obligaciones de medios*

*(...)*

*... lo que se debe en desarrollo de un contrato médico – ordinario – es la prestación eficiente de un servicio, o la ejecución diligente y cumplida de una conducta profesional, y **no el resultado, en sí mismo considerado, el cual escapa al control – y manejo – del responsable del débito – salvo pacto en contrario, de suyo válido –**, quien desplegará los medios, pero sin poder asegurar un específico logro. De allí que para algunos doctrinantes, sobre todo de nacionalidad francesa, **esta sea una típica ‘obligación de diligencia’, dado que se agota con la actuación prudente, al margen de lo que pueda acaecer ulteriormente, como respuesta a numerosos e imponderables factores que se anidan en la periferia del acto médico.** Con todo, en punto a actividades técnicas, y la medicina no lo es, no puede pretextarse cualquier despliegue o, mejor aún, cualquier esfuerzo efectuado por parte del galeno, puesto que se requerirá, como lo recuerda autorizada doctrina, “... la ejecución experta de la prestación”, habida cuenta de que no se trata simplemente de colocar los medios, sino de colocarlos debida y cabalmente, o sea en función de los dictados de la *lex artis*. No es un problema, pues, de comprobar la realización de un mero *facere*,*

sino de **hacer cabalmente las cosas: el acto médico, más allá del resultado obtenido** (*eventus adversus*).

Lo anterior explica que al momento de desarrollar el tema de las obligaciones y deberes médicos, pusiéramos de presente que el deber de prestación céntrico o primario del galeno consiste en la asistencia médica – o ‘prestación de salud’ –, la que comprende, in extenso, los cuidados médicos o sanitarios y, en estricto rigor, la auscultación previa y el diagnóstico profesional; el tratamiento ulterior y, a veces, la operatoria (intervención quirúrgica), grosso modo (...)”<sup>10</sup> (énfasis añadido).

De igual forma, el H. Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia desde el año 1992 ha establecido que las obligaciones que surgen de la actividad médica son de medio más no de resultado:

“También pone de presente la sala que al revocar la decisión del a - quo no está partiendo del supuesto que la obligación médica implica una obligación de resultado. No, es una obligación medio, tal como ha tenido oportunidad de afirmarlo en varias sentencias y en especial en la de octubre 7 de 1991, en la cual esta misma sala anotó:

"La sala al confirmar la decisión del a - quo quiere recalcar, para evitar equívocos, que cuando cuestiona el servicio médico oficial no parte del supuesto de que en éste va envuelta una obligación de resultado. No podría aceptar, entonces, vbrg. que en todo caso de muerte se presume la falla del servicio o la culpa personal del médico. No, **la obligación de este frente a su paciente es de medio - vale decir, que este cumple a cabalidad y no compromete su responsabilidad ni la del ente a que pertenece, cuando pone a disposición de aquél toda su ciencia y los medios adecuados, aconsejables y oportunos que la infraestructura del servicio debe poseer.** (Proceso No. 6367 Actor: Fabio Buriticá Valencia Ponente: Carlos Betancur Jaramillo).”<sup>11</sup> (énfasis añadido).

Posición jurisprudencial que ha sido reiterada en sentencias como la del 6 de diciembre de 2017:

“En este punto de la providencia resulta oportuno señalar que la jurisprudencia ha sido reiterada en destacar que **la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, razón por la cual los galenos están en la obligación de realizar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, como es natural, implican riesgos de complicaciones, que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina, de conformidad con la lex artis, a agotar todos los medios que estén a su alcance para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su**

<sup>10</sup> Jaramillo Jaramillo, C. I. (2011). *Responsabilidad civil médica. La relación médico-paciente* (Segunda ed.). Grupo Editorial Ibañez - Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 321-323.

<sup>11</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 14 de febrero de 1992. Consejero Ponente: Carlos Betancur Jaramillo. Radicado No. CE-SEC3-EXP1992-N6477.

responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente<sup>12, 13</sup> (énfasis añadido).

Y en sentencias como la del 9 de julio de 2018, donde el H. Consejo de Estado recordó lo siguiente:

*“En este sentido, es pertinente recordar que **las obligaciones derivadas de la actividad médica son de medio y no de resultado, razón por la que el deber que tienen los profesionales de la salud se circunscribe a “desplegar una actividad diligente, enderezada a satisfacer en lo posible, el interés primario de su [paciente] que dista de un resultado particular (...)**”<sup>14</sup>, tal como se evidencia en el caso de autos, donde está probado que la entidad demandada y el personal médico, pusieron a disposición del paciente todos los medios humanos y científicos para garantizarle su derecho a la salud.<sup>15</sup>”* (énfasis añadido).

De igual forma, teniendo en cuenta la obligación de medios que se predica de la actividad médica, el H. Consejo de Estado en su jurisprudencia ha adoptado la teoría de la relatividad en la falla del servicio médica, diciendo lo siguiente en Sentencias como la del 23 de junio de 2011<sup>16</sup>:

*“Se ha dicho que al Estado se le deben exigir los medios que corresponden a su realidad, haciendo caso omiso de las utopías y de la concepción ideal del Estado perfecto, omnipotente y omnipresente. A esto se ha llamado la teoría de la relatividad del servicio, a fin de no pedir más de lo posible, pero con la misma lógica debe concluirse que el Estado debe todo cuanto esté a su alcance<sup>17</sup>.*

*Por la compleja y dispendiosa naturaleza de su oficio, en el cual se involucra la vida y la salud de las personas, debe exigírsele al médico una especial prudencia y diligencia en su relación con el paciente. **En todo caso, debe anotarse, que el comportamiento del médico y de la institución prestadora del servicio de salud, sólo pueden ser juzgados teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos y las circunstancias específicas de cada enfermedad y de cada***

<sup>12</sup> Ver, entre otras, la sentencia del 27 de enero de 2016, proferida por esta Subsección, con ponencia del Magistrado Hernán Andrade Rincón, Expediente: 29.728.

<sup>13</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera – Subsección A. Sentencia del 6 de diciembre de 2017. Consejera Ponente: Marta nubia Velásquez Rico. Radicado No. 08001-23-31-000-2002-02725-01(43847).

<sup>14</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 10 de noviembre de 2016. Exp. 33.817

<sup>15</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección C. Sentencia del 9 de julio de 2018. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Radicado No. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961)

<sup>16</sup> CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN A. Consejera ponente: GLADYS AGUDELO ORDOÑEZ (E). Bogotá, D.C., veintitrés (23) de junio de dos mil once (2011). Radicación numero: 76001-23-31-000-1996-01984-01(20234). Actor: ELIZABETH ARCINIEGAS SERRANO Y OTROS. Demandado: HOSPITAL SAN RAFAEL DE ZARZAL Y DEPARTAMENTO DEL VALLE. Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

<sup>17</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 15 de febrero de 1996, expediente 9940.

***paciente en particular; de allí que no es dable exigir a ningún médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la sociedad, el don de la infalibilidad, pues de lo contrario todas las complicaciones posibles que surjan dentro del vínculo médico-paciente serían imputables a los profesionales de la salud, lo cual es absurdo. Lo que se juzga no es en realidad un resultado inadecuado, sino si ese resultado es consecuencia de un acto negligente o descuidado que no se ciñó a las reglas o postulados de la profesión, teniendo en cuenta, claro está, las circunstancias específicas de cada caso en particular***<sup>18</sup>.

*De todo lo anterior y de conformidad con el material probatorio revelado a lo largo del proceso, puede concluirse que la entidad demandada realizó todo lo que estaba a su alcance y aquello que sus condiciones le permitían, en la atención médica hospitalaria del señor Ovidio Fernando Marín Pardo, razón por la cual no es posible responsabilizarla por los hechos que le fueron imputados.”* (subrayado y negritas propias).

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho declarar probada la presente excepción puesto que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA no contaba con Unidades de Cuidado Intensivo para atender a la paciente Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.), sino que además dicha circunstancia fue puesta en conocimiento de las autoridades previamente al día de los hechos y era información que resultaba de fácil acceso tanto para la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca como para la E.P.S. Coosalud, lo que permitía que se tomaran decisión razonadas de conformidad con los protocolos de referencia y contrareferencia y no remisiones sin confirmar la disponibilidad de las instituciones hospitalarias respectivas.

#### **1.3.1.4. HECHO DE UN TERCERO – INCUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA POR PARTE DE LA I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO E.S.E. VALLE DEL CAUCA Y COOSALUD E.P.S**

Se plantea como medio de defensa exceptivo el hecho de un tercero debido a que se encuentra acreditado dentro del proceso, mediante la historia clínica de la paciente y la confesión mediante apoderado judicial que realizara la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca en su contestación de la demanda, que la I.P.S. en cuestión y la E.P.S. Coosalud no cumplieron con los protocolos de referencia y contrareferencia consagrados en el Decreto 4747 del 2007, hecho que rompe todo curso causal entre el daño que supuestamente experimentaron los demandantes y la conducta diligente y cuidadosa de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

Como se observa en la contestación a la demanda presentada por la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca, y frente a lo cual se debe tomar como una confesión realizada mediante apoderado judicial en virtud del artículo 193 del Código General del Proceso, la remisión como urgencia virtual de la paciente Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) se dio en una circunstancia en la cual la I.P.S. en cuestión y la E.P.S. Coosalud pasaron por alto los protocolos de referencia y contrareferencia, esto es, no comentaron previamente la paciente con la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y mucho menos consultaron si la institución hospitalaria contaba con

<sup>18</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 16 de julio de 2008, expediente 16.775

Unidades de Cuidado Intensivo disponibles, simplemente, en palabras del apoderado judicial de la I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E. Valle del Cauca, el personal médico tomó la decisión de salir como urgencia vital.

Visto todo lo anterior, conviene traer a colación el concepto que la doctrina y jurisprudencia nacionales han expuesto sobre el hecho de un tercero:

*“De acuerdo con nuestro Consejo de Estado, el hecho de un tercero exonera de responsabilidad a la Administración en el derecho Administrativo colombiano, siempre y cuando se demuestre que dicho tercero es completamente ajeno al servicio, y que su actuación no vincula de manera alguna a este último, produciéndose claramente la ruptura del nexo causal. Además, es indispensable que pueda tenerse como causa exclusiva del daño, producida en la circunstancia que sea imprevisible e irresistible para que reúna las características de una causa extraña, ajena a la conducta de quien produjo el daño.”<sup>19</sup>*

Debido a que resulta claro que el hecho demandado **NO** es imputable a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, pues lo cierto es que dicha institución hospitalario llevo a cabo los protocolos de referencia y contrareferencia informando que no tenía disponibilidad de Unidades de Cuidado Intensivo, circunstancia frente a la cual nada puede reprochársele.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho declarar probada la excepción propuesta, dado que los aportes causales provienen de entidades demandadas diferentes al asegurado.

**1.3.1.5. LOS PERJUICIOS INMATERIALES (MORALES, DAÑO A LA SALUD Y DAÑO A LOS BIENES CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE PROTEGIDOS) SOLICITADOS A TÍTULO PROPIO Y EN NOMBRE DE LA CAUSANTE NO SON IMPUTABLES A LA CONDUCTA DILIGENTE Y CUIDADOSA DESPLEGADA POR LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**

Los perjuicios inmateriales solicitados en la demanda, esto es, los perjuicios morales, el daño a la salud y los daños a los bienes constitucional y convencionalmente protegidos, solicitados a nombre propio y en nombre de la paciente Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) no son imputables de ninguna forma al actuar diligente y cuidadoso de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, pues dicha entidad, además de que no se encontraba a lo imposible, esto es, no podía atender a más pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) sobrepasando sus capacidades operacionales, se tiene que la institución hospitalaria en cuestión no fue la encargada de realizar la remisión de la paciente y en todo caso siempre cumplió con los protocolos de referencia y contrareferencia reportando a las autoridades competentes las especialidades con las que contaba y el nivel de ocupación de su unidad de cuidados intensivos.

Para sustentar el presente medio exceptivo de defensa debe tenerse en cuenta que la imputabilidad del daño antijurídico tiene expresa consagración en nuestro medio, pues lo cierto es que el artículo 90 constitucional exige que el hecho dañoso sea **imputable** al Estado ya sea por acción u omisión,

<sup>19</sup> Saavedra Becerra, R. (2018). De la responsabilidad patrimonial del Estado. Tomo II. Grupo Editorial Ibañez. Pág.1288.

circunstancia que, en opinión de la doctrina nacional, implica que la Administración Pública sólo responda por los eventos dañosos que le sean imputables tanto fáctica como jurídicamente:

*“...verificada la existencia de un daño desde la dimensión jurídica, lo relevante es establecer a quién es atribuible esa afectación que sufre una determinada persona en sus derechos, bienes o intereses legítimos. Es precisamente en ese específico escenario donde el término imputación supone un análisis bifronte o dual, consistente en la verificación de que el daño es tanto fáctica (imputatio facti) como jurídicamente (imputatio iure) imputable.*

***La imputación fáctica tiene como propósito determinar si en el plano material, mas no necesariamente causal, el daño es atribuible o no a un sujeto de derecho. Así las cosas, antes de abordar el análisis de la imputación jurídica o el fundamento de la responsabilidad, es imprescindible que la lesión o afectación antijurídica esté radicada en cabeza de la entidad o del sujeto pasivo de la relación. Verificado lo anterior, es posible abordar el análisis sobre la imputación jurídica, esto es, si existe un fundamento normativo que concrete, en el caso específico, la obligación de resarcir el daño antijurídico.***

*En otros términos, la imputación fáctica – y con ella la imputación objetiva del daño – consiste en un estudio retrospectivo que recae sobre la acción u omisión del sujeto, mientras que la imputación jurídica supone la realización de un análisis prospectivo y netamente normativo dirigido a determinar si, una vez establecida la atribución material del daño, existe o no el deber jurídico – subjetivo u objetivo – de resarcir el perjuicio.”<sup>20</sup> (énfasis añadido).*

Para el caso en concreto, no resulta necesario que el despacho se adentre en los criterios normativos que regulan la imputación jurídica de la responsabilidad extracontractual del Estado pues, como se ha venido explicando a lo largo de toda esta contestación, de una simple constatación de los hechos se concluye que el proceso de imputación no supera siquiera el primer estadio que es la imputación fáctica, ello en la medida que el daño experimentado por los actores corresponde a actuaciones realizadas por fuera de la órbita de las funciones de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

Ahora bien, y gracia de discusión, para demostrar la inimputabilidad de los perjuicios materiales e inmateriales solicitados por los actores, es preciso tener en cuenta la distinción entre las nociones de daño y perjuicio que, según el profesor Juan Carlos Henao, con apoyo en la doctrina extranjera, consiste principalmente en lo siguiente:

*“...el profesor Bénéoit aportó algunos elementos que se encargaron de definirlo, al afirmar: “...el daño es un hecho: es toda afrenta a la integridad de una cosa, de una persona, de una actividad, o de una situación [...] el perjuicio lo constituye el conjunto de elementos que aparecen como las diversas consecuencias que se*

<sup>20</sup> Gil Botero, E. (2020). Tratado de responsabilidad extracontractual del estado (Octava ed.). Tirant lo blanch. Págs. 112 y 113.

*derivan del daño para la víctima del mismo. Mientras que el daño es un hecho que se constata, el perjuicio es, al contrario, una noción subjetiva apreciada en relación con una persona determinada” (...) Con esta misma lógica, una sentencia colombiana afirmó que “el daño, considerado en sí mismo, es la lesión, la herida, la enfermedad, el dolor, la molestia, el detrimento ocasionado a una persona en su cuerpo, en su espíritu o en su patrimonio”, mientras que “el perjuicio es el menoscabo patrimonial que resulta como consecuencia del daño; y la indemnización es el resarcimiento, la reparación, la satisfacción o pago del perjuicio que el daño ocasionó.”<sup>21</sup>*

Visto lo anterior, es claro que el daño es causa de un resultado que comúnmente denominamos perjuicios, por lo que el aforismo romano “*Accessorium sequitur principale*”, o, “*lo accesorio sigue la suerte de lo principal*”, es plenamente aplicable al caso en concreto, si el daño sufrido por los demandantes no es imputable a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA por no haber sido la encargada de la remisión de la paciente y mucho menos de haber sido consultado previamente sobre la capacidad de recepción de la misma, pues mucho menos se les podrá endilgar las consecuencias de dicho menoscabo como son los perjuicios materiales e inmateriales reclamados.

Adicionalmente, se tiene que no existe prueba de los perjuicios morales solicitados por los bisnietos, demandantes que según la jurisprudencia del H. Consejo de Estado deben acreditar su relación afectiva con la víctima directa so pena de que dicho perjuicio inmaterial sea inexistente.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho negar las pretensiones dirigidas al reconocimiento y pago de perjuicios materiales e inmateriales en la medida en que los mismos no son imputables de ninguna forma al actuar de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

#### **1.3.1.6. INEXISTENCIA DEL LUCRO CESANTE SOLICITADO**

Se plantea la siguiente excepción en la medida en que el lucro cesante que se solicita carece de todo sustento probatorio, pues con la demanda no se aporta siquiera un principio de prueba que demuestre que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) desarrollaba una actividad económica, que de ella derivaba ingresos y mucho menos que los destinaba para el sostenimiento de los demandantes, máxime cuando todos ellos son ya mayores de edad.

Para sustentar la presente excepción, debe tenerse en cuenta que el lucro cesante está exento de toda presunción judicial o legal, es entonces pertinente recordar que para la probanza de dicho perjuicio material opera con todos sus efectos la carga de la prueba en cabeza de los demandantes, como bien lo ha dicho el H. Consejo de Estado en Sentencia del 1 de noviembre de 2023<sup>22</sup>:

*“En cuanto al lucro cesante, esta Corporación ha sostenido que se trata de la*

<sup>21</sup> Henao, J. C. (1998). *El daño* (Primera ed.). Universidad Externado de Colombia. Págs. 76 y 77.

<sup>22</sup> CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN C CONSEJERO PONENTE: NICOLÁS YEPES CORRALES. Sentencia del primero (1º) de noviembre de dos mil veintitrés (2023). Referencia: REPARACIÓN DIRECTA. Radicación: 23001233100020090010301 (49469). Demandante: LUISA MARTÍNEZ LÓPEZ Y OTROS. Demandado: DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA

*ganancia frustrada o del provecho económico que deja de reportarse como consecuencia de la ocurrencia del daño, de manera que, de no producirse el daño, habría ingresado ya o en el futuro al patrimonio de la víctima o de los perjudicados.*

*Asimismo, la Corporación ha considerado que, como todo perjuicio, para que procedan el reconocimiento y la indemnización por concepto de lucro cesante, éste debe ser cierto y existente, es decir, **debe probarse que la víctima era laboralmente activa, que devengaba ingresos mensuales, que con ellos otorgaba ayuda económica a su familia y que a consecuencia del daño dejó de percibir el salario con el cual sustentaba su propia subsistencia y la de su familia.***” (subrayado y negritas propias).

En la medida en que los demandantes no han probado que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) era laboralmente activa para la fecha de su atención en la institución médica demandada, no han acreditado que la víctima directa devengara ingresos mensuales y tampoco que con ellos otorgara ayuda económica a su familia, la carga de la prueba debe operar con todos sus efectos y el despacho debe negar el perjuicio solicitado ante la inexistencia de su prueba.

Adicionalmente, debe tenerse como una prueba en contra de la pretensión solicitada, el hecho de que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) pertenecía al régimen subsidiado en salud, lo anterior quiere decir que la occisa pertenecía a un grupo poblacional vulnerable sin capacidad de pago, circunstancia que pone seriamente en duda que la finada pudiese, además de mantenerse, brindar ayuda económica a sus familiares, cuando es claro que no tenía siquiera capacidad de pago dentro del sistema general de seguridad social en salud. En este punto, recuérdese que el sistema subsidiado está encaminado a la afiliación de la población pobre y vulnerable del país, tal y como se expone en la página oficial del Ministerio de Salud<sup>23</sup>:

*“¿Qué es el régimen subsidiado?”*

*El artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 señaló que, **son beneficiarios del régimen subsidiado en el sistema general de seguridad social en salud, las personas sin capacidad de pago para asumir el valor total de la cotización que les permita la afiliación al régimen contributivo, y que en consecuencia, la población clasificada como pobre o vulnerable de acuerdo con el sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales -Sisbén, recibirá subsidio pleno y no deberá contribuir.***

*Para lograr la **afiliación de la población pobre y vulnerable del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Estado colombiano ha definido al régimen subsidiado en salud** como su vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud.*

*Es responsabilidad de los entes territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la*

<sup>23</sup><https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/regimensubsubidiado.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20subsubidiado%20es%20el,subsubidio%20que%20ofrece%20el%20Estado.>

*población de su jurisdicción. De esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el aseguramiento.*

*Así mismo, es deber de los entes territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo de los servicios contratados por las EPS, por parte de la población beneficiaria. **El régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.***” (subrayado y negritas propias).

Visto lo anterior, parece ilógico que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) tuviese dificultades económicas incluso para acceder al sistema de seguridad social en salud, por lo que debió ser subsidiada, pero incluso así, mantuviese económicamente a su numeroso grupo familiar. La anterior contradicción debe ser entonces resuelta en contra de la infundada pretensión de dicho perjuicio material.

Por todo lo anterior y ante la clara inexistencia del presupuesto fundamental para el reconocimiento del lucro cesante como lo es que la víctima directa percibiera siquiera un ingreso económico demostrable, solicito respetuosamente al despacho declarar probada la presente excepción y en consecuencia negar el reconocimiento del lucro cesante consolidado y futuro que se solicita en la demanda.

#### **1.3.1.7. EN TODO CASO, EL LUCRO CESANTE SE ENCUENTRA MAL LIQUIDADO**

Aún en el hipotético y remoto caso que el despacho accediera a las infundadas pretensiones de la demanda, se tiene que el lucro cesante que se solicita en la demanda se encuentra mal liquidado, pues en dicha operación matemática se realiza la suma de un supuesto porcentaje por concepto de prestaciones sociales, cuando lo cierto es que existe total incertidumbre frente a la aparente actividad económica que desarrollaba la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.), esto es, no se tiene ninguna certeza de que la víctima directa tuviese alguna relación laboral por lo que la suma de dichas prestaciones laborales es equivocada y carente de todo fundamento probatorio.

Para sustentar la excepción que ahora se propone, debe tenerse en cuenta que el H. Consejo de Estado ha mantenido una línea jurisprudencia pacífica en la cual sólo ha reconocido prestaciones sociales a la hora de liquidar el lucro cesante cuando se ha probado que la víctima contaba con la relación laboral formal y de carácter dependiente. Así, por ejemplo, se estableció en la Sentencia del 1 de noviembre de 2023<sup>24</sup>:

*“Para liquidar este concepto y en punto al ingreso base de liquidación se deben aplicar los criterios expuestos en la sentencia de unificación de 18 de julio de 2019 en los que se esbozó que **el incremento del 25% por concepto de prestaciones***

<sup>24</sup> CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C CONSEJERO PONENTE: NICOLÁS YEPES CORRALES Bogotá D.C., primero (1º) de noviembre de dos mil veintitrés (2023) Referencia: REPARACIÓN DIRECTA Radicación: 23001233100020090010301 (49469) Demandante: LUISA MARTÍNEZ LÓPEZ Y OTROS Demandado: DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA

**sociales procede siempre que: “i) así se pida en la demanda y ii) [que] se pruebe suficientemente que el afectado con la medida trabajaba como empleado al tiempo de la detención, pues las pretensiones sociales son beneficios que operaran con ocasión de una relación laboral subordinada”**

(...)

Así, la Sala procederá a liquidar el lucro cesante en su dimensión consolidada y futura teniendo como ingreso base de liquidación el salario mínimo mensual vigente (\$1.160.000) al cual descontará el 25% correspondiente al valor que la víctima destinaba para su propia subsistencia (\$290.000) y **no reconocerá el 25% por prestaciones sociales toda vez que Luis Javier Negrete Caballero se desempeñaba como trabajador independiente, no como empleado. De tal suerte, se obtiene un ingreso base de liquidación de \$870.000** (subrayado y negritas propias).

La anterior posición jurisprudencial, fue reiterada en otras tantas sentencias como la del 5 de diciembre de 2023<sup>25</sup>, donde se dijo lo siguiente:

“2) La Sala encuentra que el demandante para el momento de la privación de su libertad ejercía una actividad productiva lícita; empero, **no se acreditó que se tratara de una actividad laboral formal**, así como tampoco se probó la remuneración que percibía como salario o ingresos por su labor.

3) Por lo anterior, resulta procedente la indemnización por concepto de lucro cesante consolidado **sin incluir el reconocimiento de prestaciones sociales, toda vez que no se probó que el demandante estuviera vinculado en una relación laboral subordinada como lo exige el criterio de unificación del Consejo de Estado.**” (subrayado y negritas propias).

Por todo lo anterior, se solicita respetuosamente que, en el hipotético y remoto caso que se considere acceder al infundado lucro cesante petitionado con la demanda, se apliquen todos los criterios jurisprudenciales vigentes para su liquidación, esto es, téngase en cuenta que no existe prueba de que la señora Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) devengara los supuestos ingresos mensuales de una relación laboral formal y que, en todo caso, el grupo familiar que ahora integra el extremo activo de la *litis* en su generalidad es mayor de edad con capacidad productiva, por lo que, de no ser negado dicho perjuicio material, su apreciación y liquidación si debe ser objeto a una reducción considerable, de conformidad con la jurisprudencia sentada por el H. Consejo de Estado.

### 1.3.1.8. INEXISTENCIA DE PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD O CHANCE

Como se mencionó al momento de oponerse a la pretensión dirigida al reconocimiento de la pérdida

<sup>25</sup> CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B Bogotá DC, cinco (5) de diciembre de dos mil veintitrés (2023). Magistrado Ponente: FREDY IBARRA MARTÍNEZ Expediente: 25000-23-36-000-2014-00236-02 (67.641) Actor: BERNARDO MAYA ARANGO Y OTROS Demandado: NACIÓN – RAMA JUDICIAL - FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL Acción: REPARACIÓN DIRECTA

de oportunidad, la solicitud de la parte actora esta llamada al fracaso, pues parte del presupuesto que los defectos de su imputación fáctica y jurídica pueden ser subsanados mediante la teoría de la pérdida de oportunidad, en ese sentido, no cabe reconocer el perjuicio solicitado, pues únicamente sería viable en el hipotético caso que el actor logre acreditar un nexo de causalidad entre el actuar de la demandada y el daño sufrido.

Sobre la pérdida de la oportunidad debe recordarse que desde antaño el H. Consejo de Estado ha considerado que la pérdida de la oportunidad no puede ser un criterio auxiliar de imputación. Así, por ejemplo, en sentencia del 5 de abril de 2017<sup>26</sup>, el alto tribunal de lo contencioso administrativo consideró lo siguiente:

*“14.3. Después de haber revisado las dos posturas sobre el fundamento de la pérdida de oportunidad, la Sala considera que la postura que mejor solventa los dilemas suscitados es aquella que concibe a la pérdida de oportunidad como un fundamento de daño derivado de la lesión a una expectativa legítima, diferente de los demás daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte (vida) o afectación a la integridad física, por lo que así como se estructura el proceso de atribución de estos últimos en un caso determinado, también se debe analizar la imputación de un daño derivado de una vulneración a una expectativa legítima en todos los perjuicios que de ella se puedan colegir, cuya naturaleza y magnitud varía en función del interés amputado y reclamado.*

*14.4. Esto conduce a la Sala a sostener que no es posible aceptar que la pérdida de oportunidad sea un criterio auxiliar de imputación de responsabilidad, habida cuenta de que no será dable, desde un punto de vista jurídico, acceder a declarar la responsabilidad sin que exista certeza del vínculo entre el daño sufrido por la víctima -ej. muerte- y el hecho dañino, ni tampoco es viable construir una presunción artificial y parcial de responsabilidad, y condenar -haciendo uso de esta técnica de facilitación probatoria- a reparar una fracción de la totalidad del daño final sin tener ni siquiera certeza de que el demandado es en realidad el autor del daño final. Al derecho de daños no le interesa atribuir daños parciales sin prueba total de responsabilidad; es necesario que exista certeza y que se determine con claridad por qué en razón de la conducta del autor que desconoce obligaciones se atribuye jurídicamente el daño. Por tanto, la pérdida de oportunidad no es una técnica alternativa y flexible para resolver casos de incertidumbre causal entre la intervención del tercero y el beneficio perdido o el detrimento no evitado, pues se incurriría claramente en una contradicción de los cimientos mismos del sistema de responsabilidad o en una elusión de los presupuestos de responsabilidad (...)*

En virtud de lo anterior, no puede el demandante tratar de subsanar los defectos de su imputación jurídica y fáctica en contra de la demandada, solicitando el reconocimiento de la pérdida de oportunidad, pues al igual que en otros eventos de responsabilidad médica se deberá acreditar la

---

<sup>26</sup> Consejo De Estado. Sala De Lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero. Bogotá, D.C., Cinco (05) De Abril De Dos Mil Diecisiete (2017). Radicación Número: 17001-23-31-000-2000-00645-01(25706). Actor: Ángela María Gutiérrez Campiño Y Otros. Demandado: Cajanal Y Otro. Referencia: Acción De Reparación Directa.

falla del servicio y su nexo de causalidad con el daño supuestamente irrogado.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada la excepción propuesta y en consecuencia negar la pérdida de la oportunidad solicitada.

### 1.3.1.9. IMPOSIBILIDAD DEL RECONOCIMIENTO DE CUALQUIER OTRO PERJUICIO MATERIAL O INMATERIAL – NATURALEZA ROGADA DE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA

Se plantea la siguiente excepción para dejar de presente desde ahora la absoluta imposibilidad, jurídica y material, del reconocimiento de perjuicios materiales y/o inmateriales diferentes a los solicitados en la demanda.

El medio exceptivo de defensa propuesto junto con la correspondiente objeción a la pretensión de los actores encaminada al reconocimiento general y abstracto de perjuicios materiales e inmateriales, se asienta en principios básicos que se aplican a esta jurisdicción como la justicia rogada y de otros tanto que aplican en general al derecho procesal como la congruencia de las sentencias y los que aplican a la materia especial sometida a decisión del despacho como lo puede ser la carga de la prueba respecto de la demostración de los elementos del daño, en especial, la certeza o certidumbre en su causación y titularidad.

Sobre el particular, el H. Consejo de Estado ha sido bastante claro en providencias como la del 26 de noviembre de 2015<sup>27</sup>:

*“... la incongruencia o inconsonancia del fallo puede revestir diversas formas: extra petita, ultra petita y citra o infra petita. En el primer caso se falla por fuera de lo pedido, en el segundo más allá de lo reclamado y en el tercer evento por debajo de lo solicitado<sup>28</sup>. **Una decisión es extra petita cuando (i) se concede una pretensión no contenida en la demanda, (ii) se sustituye una pretensión por otra, o (iii) cuando se reconoce lo solicitado pero a partir de una modificación o alteración de la causa petendi.***

*En este caso, **el a quo excedió el marco que las partes le habían trazado con los escritos de demanda y contestación, toda vez que decretó una condena por concepto de daño a la vida de relación, cuando en la demanda no se había formulado pretensión por ese rubro, ni otro similar.***

*En consecuencia, la Sala revocará en ese punto la decisión apelada, por desconocimiento del principio de congruencia. En lo demás, se ordenará estarse a lo resuelto en el auto aprobatorio de la conciliación judicial celebrada entre las partes.” (subrayado y negritas propias).*

Con fundamento en lo anterior, debe quedar absolutamente claro que es imposible reconocer

<sup>27</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 26 de noviembre de 2015. Consejero Ponente: Guillermo Sánchez Luque. Radicado No. 07001-23-31-000-2008-00090-01(37747)A

<sup>28</sup> Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 13 de abril de 2014, Rad. 52.556.

cualquier otro perjuicio material y/o inmaterial que no haya sido solicitado en la demanda, todo ello so pena de incurrir en un defecto de incongruencia por reconocer más allá de lo pedido.

**1.3.1.10. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN EFECTUÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA**

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, las planteadas por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, las cuales coadyuvo expresamente sólo en cuanto no perjudiquen los intereses de mi prohijada la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ni comprometan su responsabilidad.

**1.3.1.11. GENÉRICA Y OTRAS**

Con fundamento en el artículo 282 del Código General del Proceso, aplicable a los procesos que se ventilan ante esta jurisdicción por virtud del artículo 306 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, solicito sea declarada cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso incluida la caducidad del medio de control de reparación directa.

**II. CAPÍTULO II. CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**

**2.1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS**

**2.1.1. FRENTE AL HECHO “PRIMERO”:** Es cierto que dentro del Proceso de Reparación Directa radicado bajo el número 76-147-33-33-001-2020-00143-00 se persigue que se declare administrativamente responsable a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, por los daños y perjuicios morales y materiales que en sentir de los demandantes le fueron generados como consecuencia de la muerte de la señora AMPARO CARDONA PATIÑO acaecida el día 19 de marzo de 2019.

No obstante lo anterior, resulta absolutamente claro que no es imputable de ninguna forma a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA el daño presuntamente ocasionado a los demandantes pues dicha institución hospitalaria no pudo atender a la paciente Amparo Cardona Patiño (q.e.p.d.) debido a la indisponibilidad de unidades en cuidados intensivos, circunstancia que se salía de su control y que fue debidamente puesta en conocimiento de las autoridades, mismas que debieron haber sido consultadas por las otras entidades demandadas antes de hacer una remisión sin observancia de los protocolos de referencia y contrareferencia.

**2.1.2. FRENTE AL HECHO “SEGUNDO”:** Es cierto que FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA tomó Seguro De Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos documentado en la Póliza No. 660-88-994000000027 cuya vigencia es desde el 30 de agosto de 2019 hasta el 30 de agosto de 2020, pactada bajo la modalidad *Claims Made* y con un periodo de retroactividad a partir del 30 de agosto de 2017.

**2.1.3. FRENTE AL HECHO “TERCERO”:** No es un hecho, se trata de una afirmación subjetiva realizada por el apoderado de la parte convocante. No obstante lo anterior, resulta pertinente manifestar que no es posible que surja alguna obligación legal y/o contractual respecto de mi representada, Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, pues lo cierto es que no se ha realizado el riesgo asegurado dentro de la Póliza No. 660-88-99400000027, esto es, no es imputable ni fáctica ni jurídicamente ningún tipo de responsabilidad a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

**2.1.4. FRENTE AL HECHO “CUARTO”:** No es un hecho, se trata de una afirmación subjetiva realizada por el apoderado de la parte convocante.

## **2.2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**2.2.1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA PRETENSIÓN ÚNICA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA:** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** a que la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA tenga que cubrir, reembolsar total o parcialmente el pago que tuviese que hacer la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA en caso de llegársele a condenar, ello como consecuencia de que no están probados los elementos y presupuestos necesarios de la responsabilidad extracontractual del Estado por la prestación del servicio médico-asistencial, así como tampoco se encuentran probados los perjuicios materiales e inmateriales supuestamente sufridos por los demandantes que, en todo caso, no son imputables a la entidad asegurada sino, más bien, a terceros que no cumplieron con los protocolos de referencia y contrareferencia consagrados en el Decreto 4747 del 2007, todo lo cual implica que no se haya realizado el riesgo asegurado en la Póliza No. 660-88-99400000027 y por ende resulte imposible que nazca a la vida jurídica la obligación indemnizatoria a cargo de mi representada.

No obstante lo anterior, si llegare a surgir la necesidad de resolver lo concerniente a la relación sustancial que sirve de base a la convocatoria que se hizo respecto de mi representada, pese a la evidente inexistencia de la responsabilidad extracontractual a cargo de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA como consecuencia de su actuar diligente y cuidadoso, solicito que, sin que ello constituya aceptación de responsabilidad alguna, sino que, por el contrario, **OPOSICIÓN**, se verifique por parte del señor Juez, circunstancias como las siguientes:

## **2.3. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**2.3.1. INEXISTENCIA DE AMPARO Y CONSECUENTEMENTE INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE MI REPRESENTADA EN TANTO NO SE CONFIGURÓ EL RIESGO ASEGURADO**

Para el caso en concreto resulta imposible proferir cualquier condena respecto de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, pues lo cierto es que las Póliza No. 660-88-99400000027 Anexo: 0 únicamente otorgó “...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...”, es decir, ante la ausencia de responsabilidad de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA debido a la inexistencia de un nexo de causalidad entre su conducta diligente y cuidadosa y el daño demandado, resulta imposible que nazca a la vida jurídica la obligación condicional a cargo de mi representada.*

Para sustentar el medio exceptivo de defensa que ahora se propone debe tenerse en cuenta que el contrato de seguro por definición legal tiene como elementos esenciales el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador, en ausencia de dichos elementos, el artículo 1045 del Código de Comercio dispone que el contrato no producirá efecto alguno.

Sobre el elemento esencial del riesgo en el contrato de seguro, la doctrina especializada ha comentado lo siguiente:

*“El riesgo por expreso reconocimiento legislativo en Colombia, es uno de los elementos esenciales del contrato de seguro (C. de Co., art. 1045); sin vacilación, el de mayor prosapia o abolengo, por cuanto toda la operación del seguro, ora directa ora indirectamente, apunta hacia el riesgo, su ratio. Es, sin más calificativos, su bastión, su mástil, su columna vertebral o, si se prefiere, su ‘materia prima’, como gráficamente es denominada por un sector de la doctrina.*

*Nuestro estatuto entiende que el riesgo, examinado a través del prisma jurídico, por oposición al técnico, es “[...] el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario” (C. de Co., art. 1054).*

(...)

*El riesgo (extracontractual y real, en estado asegurable), sin mayores pretensiones académicas -según lo precisamos en oportunidad anterior- es la posibilidad de un acontecimiento, de un suceso de posible realización tanto en el tiempo como en el espacio, al cual las partes intervinientes en el negocio asegurativo, merced a su inobjetable latencia, deciden dota, para el supuesto de su materialización, de eficacia jurídica, de fisonomía y relevancia patrimonial (riesgo asegurado, riesgo contractual, equivale a la expresión álea), **Es pues el evento previsto -configurado o esculpido- por las partes contratantes.**” (énfasis añadido).*

Teniendo en cuenta la definición doctrinal de riesgo como elemento esencial del contrato de seguro, se tiene que el negocio asegurativo celebrado entre la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA y la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa contempló el siguiente objeto:

**“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 (...)*

**ARTÍCULO 1° - OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO**

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

Como se observa, tanto en la Póliza como en el condicionado general, el objeto del seguro consiste en las pérdidas que tenga su origen en la responsabilidad civil profesional médica que le sea **IMPUTABLE** al asegurado, circunstancia que no ocurre en el caso *sub judice* pues es claro que el daño demandado no es imputable ni fáctica ni jurídicamente a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, pues ésta actuó con diligencia y cuidado, cumpliendo con los protocolos de referencia y contraferencia, siendo imposible atender a la paciente debido a que no contaba con unidades de cuidado intensivo disponibles, circunstancia por la cual no se le puede hacer responsable dado que nadie está obligado a lo imposible.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho declarar probada la excepción propuesta en tanto no se ha materializado el riesgo asegurado, esto es, la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA no le es imputable ningún daño en el caso en concreto.

**2.3.2. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DEBIDO A LA MODALIDAD “CLAIMS MADE” RESPECTO DE LA PÓLIZA No. 660-88-99400000027 EN SUS ANEXOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Y 12**

Para el presente caso, resulta imposible proferir cualquier condena respecto de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, pues lo cierto es que la Póliza No. 660-88-99400000027 en sus anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 no prestan cobertura temporal debido a que la reclamación presentada por las víctimas al asegurado se surtió en vigencia del anexo 0, todo ello sin que de ningún modo se reconozca responsabilidad, sino que, por el contrario, oposición, debido a la inexistencia de un nexo de causalidad entre el daño demandado y la conducta diligente y cuidadosa de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.

Para sustentar la presente excepción debe tenerse en cuenta que la legislación dispuso lo siguiente sobre la modalidad por reclamación o *Claims Made*, lo cual se subraya a continuación:

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

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

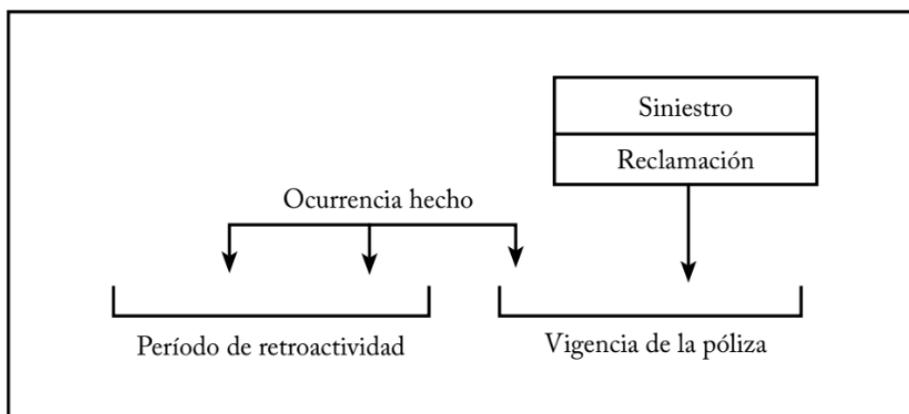
Sobre esta modalidad de cobertura, es decir, por reclamación o *Claims Made* en el seguro de responsabilidad, la doctrina nacional se ha pronunciado al unísono indicando que la cobertura está caracterizada por lo siguiente:

#### “2.1. Modalidad de reclamación

*Este tipo de cobertura refleja la estructura internacional del sistema claims made, en la cual la póliza cubre solamente las reclamaciones que se formulen al asegurado o al asegurador durante su vigencia. La norma señala específicamente la reclamación tanto al asegurado como al asegurador, dado que desde la Ley 45 de 1990 la víctima tiene acción directa en contra del asegurador.*

*A estas hipótesis se restringe el riesgo asegurado. Esto significa que, en un contexto amplio, el riesgo asegurable es la responsabilidad civil; pero en forma específica, para esta modalidad, la ley lo delimita a los reclamos formulados durante la vigencia, así los hechos generadores de responsabilidad hayan ocurrido con anterioridad (véase ilustración 9.3).*

Ilustración 9.3. Seguro RC Modalidad reclamación  
Artículo 4, inciso 1 de la Ley 389 de 1997



(...)

*Ahora bien, en esta modalidad se permite cubrir hechos pasados que, obviamente, sean desconocidos por el asegurado. **El alcance con relación a los hechos pasados dependerá del acuerdo entre las partes; esto es lo que se denomina periodo de retroactividad.** En caso que las partes no pacten nada en el contrato se entenderá que la cobertura se extiende a cualquier reclamación referente a hechos anteriores sin límite de tiempo. La aplicación de un periodo de retroactividad requiere pacto específico sobre el particular. La ley colombiana no*

*estableció un período mínimo de retroactividad como sí lo hizo la ley española, que exige un período por lo menos de un año; la ley mexicana, que lo hace por dos años, o la ley francesa que prevé un lapso ilimitado. (...)*

(...)

**En síntesis, las características primordiales de la modalidad de reclamación son:**

- *El siniestro es la reclamación judicial o extrajudicial de la víctima al asegurado o al asegurador.*
- *La reclamación tiene que presentarse durante la vigencia de la póliza.*
- *Los hechos sobre los cuales se basa la reclamación deben ser desconocidos por el asegurado.*
- **Tales hechos deben ocurrir durante la vigencia del seguro o con anterioridad a su iniciación sin límite de tiempo o dentro del período de retroactividad que las partes acuerden.**

(...)<sup>29</sup> (subrayado y negritas propias).

Como se observa de lo explicado por el profesor Juan Manuel Díaz-Granados Ortiz, en la modalidad por reclamación o *Claims Made*, es necesario que los hechos ocurran durante la vigencia del seguro o dentro del período de retroactividad si las partes acordaron uno para tal efecto.

Sobre la importancia del periodo de retroactividad en la modalidad de reclamación se han pronunciado otros tantos autores de igual forma:

*“5.2. Claims Made*

(...)

*A diferencia de la legislación de otros países, en Colombia la ley no estableció que bajo esta modalidad se deba cubrir, como mínimo, los hechos ocurridos en un periodo determinado anterior a la suscripción del contrato de seguro de responsabilidad, **por lo tanto la doctrina ha considerado que la cobertura podrá contar o no con dichos periodos de retroactividad de acuerdo con lo establecido en el contrato;** en todo caso, a falta de pacto al respecto, el seguro contará con un periodo de retroactividad ilimitado, lo cual implicará que cualquier evento que se reclame por primera vez dentro de la vigencia de esté cubierto sin importar cuándo ocurrió el hecho generador.*

*En caso de que sí se pacten estos periodos de retroactividad, el seguro de responsabilidad solamente cubrirá las reclamaciones presentadas por primera vez*

<sup>29</sup> Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 178 – 182.

dentro de la vigencia del seguro, **siempre y cuando el hecho que haya comprometido la responsabilidad del asegurado haya ocurrido dentro del periodo de retroactividad acordado.** Este tipo de límites a la cobertura se encuentran con frecuencia en los seguros que bajo esta modalidad ofrece el sector asegurador colombiano.<sup>30</sup> (subrayado y negritas propias).

En el mismo sentido, se puede leer a Nicolás Uribe Lozada:

### “3.3.2 “Claims made” con retroactividad

Bajo esta modalidad de “claims made” se da cobertura a aquellas reclamaciones que se presenten en vigencia de la póliza y que tengan su origen en hechos y circunstancias acaecidas durante la vigencia de la misma o incluso con anterioridad al inicio de su vigencia, **siempre y cuando dichos hechos se hubieren producido con posterioridad a la fecha máxima de retroactividad establecida por el asegurador en las condiciones particulares del seguro.** En otras palabras, se permite adicionalmente brindar amparo a reclamaciones generadas por hechos ocurridos con anterioridad, al inicio de la vigencia de la póliza, **siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del rango de tiempo pretérito otorgado.**

(...)<sup>31</sup> (subrayado y negritas propias).

En suma, para que un riesgo sea cubierto por un seguro pactado bajo la modalidad de reclamación o *Claims Made*, resulta absolutamente necesario que la reclamación judicial o extrajudicial que le formula la víctima al asegurado se presente dentro de la vigencia de la póliza, pero, además, y esto es lo más importante para el caso que ocupa la atención del despacho, si se pactó un periodo de retroactividad, el hecho debió haber ocurrido dentro de dicho periodo convencional, por lo que la concurrencia de ambas condiciones se constituye en factores *sin a qua non* para la efectividad del seguro en cuestión, o, en otras palabras, la ausencia de verificación de alguna de las dos impide que nazca la obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora.

Con el objeto de que sean estudiados los otros anexos de la Póliza No. 660-88-99400000027 deben tenerse en cuenta dos circunstancias, como se dijo, sin las cuales no puede afectarse el anexo:

1. Que el hecho haya ocurrido durante el periodo de retroactividad pactado.
2. Que la reclamación extrajudicial o judicial de las víctimas se haya presentado durante la respectiva vigencia de la póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso en concreto tenemos que la Póliza No. 660-88-99400000027 tuvo los siguientes anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

<sup>30</sup> Vásquez Vega, D. (2020). Los seguros de responsabilidad civil en el derecho colombiano. In A. Gaviria Cardona (Ed.), Estudios de responsabilidad civil (pp. 495-551). Editorial EAFIT.

<sup>31</sup> Uribe Lozada, N. (2016). Análisis Técnico-Jurídico de la modalidad de cobertura por reclamación o “Claims Made” en los seguros de responsabilidad civil a la luz del ordenamiento jurídico colombiano. *Revista Ibero-Latinoamericana De Seguros*, 25(44). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ris44.atjm>

Mediante los anexos 1 y 2 se realizaron modificaciones de los amparos y se dejaron constancias sobre las particularidades del seguro.

Respecto el anexo 3 se tiene que resulta imposible afectar el mismo pues su vigencia comprende desde el 02 de abril de 2020 hasta el 30 de agosto de 2020, debido a que la solicitud de conciliación extrajudicial presentada por las víctimas fue radicada el 18 de diciembre de 2019 se tiene que no se cumple si quiera uno de los requisitos para que opere un seguro bajo la modalidad *Claims Made*, esto es, que la reclamación se haya presentado durante la vigencia del anexo.

Respecto del anexo 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 se tiene que sucede lo mismo, resulta imposible afectar dichos anexos pues sus vigencias inician después de presentada la solicitud de conciliación extrajudicial por parte de las víctimas, esto es, no cumplen el requisito indispensable para que opere el seguro bajo la modalidad por reclamación prevista en el artículo 4º de la Ley 389 de 1997 como lo es que la reclamación se presente durante su vigencia.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho declarar probada la excepción probada, pues, además de que no se puede hacer efectiva la Póliza No. 660-88-994000000027 en su Anexo: 0 debido a que el daño demandado no es imputable a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, se tiene que tampoco se puede afectar los anexos restantes debido que al expedirse bajo la modalidad por reclamación o *Claims Made* no prestan cobertura al no haberse presentado la reclamación de las víctimas durante su vigencia.

### **2.3.3. EXCLUSIONES PACTADAS EN LAS PÓLIZA No. 660-88-994000000027 ANEXO: 0**

Para sustentar la excepción que se plantea, debe tenerse en cuenta que la libertad contractual consagrada en nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 1602 del Código Civil tiene directa aplicación en materia aseguradora cuando el estatuto mercantil de 1971 expresa de manera claro que:

*“Con las restricciones legales, **el asegurador podrá, 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.”*

Dicho artículo evoca los amparos, o, exclusiones, a las que las partes puedan llegar libremente en el marco de su autonomía privada. Según la doctrina nacional, la segunda forma en que se manifiesta la libertad contractual de las partes en el negocio jurídico del seguro, esto es la exclusión, consiste en lo siguiente:

*“La exclusión es la forma lícita de reducir el riesgo, esto es de limitarlo, de manera que se concreta a ciertas cosas o hechos, pero no abarca ni se extiende a otros. Por consiguiente, sólo el riesgo contratado queda amparado, y quedan por fuera de tal amparo o protección aquellos que, aun siendo asegurables, los contratantes*

*los han excluido expresamente.*<sup>32</sup>

Las exclusiones en el contrato de seguro también han sido explicadas por la jurisprudencia nacional poniendo de presente lo siguiente:

*“La finalidad del contrato de seguro y a lo que apunta la intención común de los contratantes de este tipo de negocios jurídicos es obtener cobertura frente a determinados riesgos, cuya realización conduce al pago de la respectiva indemnización (art. 1054 del C. de Co.). Es claro también que el acuerdo de las partes para que se brinde amparo a una determinada clase de riesgos determina que, en principio, todos aquellos sucesos inciertos que se enmarquen dentro de los parámetros así establecidos sean objeto de la correspondiente cobertura. Sin embargo, es igualmente evidente, por así disponerlo la legislación nacional (art. 1056 del C. de Co), que en el contrato de seguro, y, particularmente, por determinación del asegurador, éste, teniendo presentes las restricciones legales, “podrá, 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 razón de lo anterior, los riesgos cubiertos en el contrato de seguro serán los que correspondan a la clase de amparo que genéricamente se ofrezca, o los que las partes de manera particular y explícita convengan adicionar, **siempre y cuando, en uno u otro caso, respecto de los mismos no se establezca expresamente una exclusión por determinación del asegurador, claro está, aceptada por el tomador al perfeccionar la celebración del respectivo contrato.**<sup>33</sup> (énfasis añadido).*

Otro tanto ha dicho la jurisprudencia arbitral<sup>34</sup> sobre el particular:

*“4.1 La delimitación del riesgo en el contrato de seguro. Su trascendencia en la esfera aseguraticia:*

*Sobre este particular, sea lo primero anotar que, como bien es sabido, la posibilidad de delimitar el riesgo en el contrato de seguro, traza, in potentia, el cauce de la obligación indemnizatoria del asegurador, como quiera que, en puridad, esta última se encuentra justamente condicionada a la realización del riesgo asegurado -o los riesgos asegurados- y, en consecuencia, mientras dicha condición no se cumpla en la praxis contractual, el correspondiente deber de prestación no surgirá a la vida jurídica<sup>35</sup>; ello obedece, en sana lógica, a la*

<sup>32</sup> Becerra Toro, R. (2014). Nociones fundamentales de la teoría general y regímenes particulares del contrato de seguro. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Jurídica y Política, Carrera de Derecho. Pág.190.

<sup>33</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de diciembre de 2008. Magistrado Ponente: Arturo Solarte Rodríguez. Radicado No. 11001-3103-012-2000-00075-01.

<sup>34</sup> Laudo del 15 de diciembre de 2009 Tribunal de Arbitramento Quala S.A. Vs. Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A.

<sup>35</sup> Desde el ángulo inmediatamente señalado, como bien lo anota el profesor Abel B. Veiga Copo, "... pueden definirse las cláusulas delimitadoras como aquellas que sirven para definir y concretar el objeto del contrato del seguro de que se trate, de manera que todo acontecimiento o evento acaecido fuera de aquella

*posibilidad con que cuenta el asegurador de delimitar el estado del riesgo, institución estructural del de la relación aseguraticia y una de las figuras en las que descansa el seguro considerado in globo, esto es, desde una perspectiva técnica, financiera y jurídica, habida cuenta de que, en principio, per se, naturalmente con excepciones, "... ningún asegurador estará dispuesto a asegurar todos los riesgos que puedan afectar a nuestras cosas o a nuestro patrimonio ..."*<sup>36</sup>.

*Así, si se parte de la base de que " ... la prestación del asegurador( ... ) va a depender de la producción del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, es decir, de un hecho futuro e incierto, al menos en una forma relativa, en el sentido de que puede tratarse de un evento que se sabe que se va a producir pero no cuándo ( .. ) y de que el riesgo es objeto de la cobertura dentro de los límites pactados, de manera que es el riesgo que se encuentra dentro de los límites y de las modalidades establecidas en el contrato, el que, como riesgo asegurado, condiciona la obligación del asegurador ... "*<sup>37</sup>, resulta palmario que "... la posibilidad de limitación de los riesgos es indispensable para el asegurador (...) teniendo presente que sólo se llega a definir cada riesgo y a limitarlo con precisión, si puede medirse y apreciarse su valor para fijar la suma asegurada, la prima y la indemnización o el beneficio: sólo se puede agruparlos en mutualidad y realizar su compensación, si es posible efectuar una clasificación exacta de los riesgos..."<sup>38</sup> (énfasis añadido).

De conformidad con la abundante doctrina y jurisprudencia citada *in extenso*, se observa que la Póliza No. 660-88-99400000027 Anexo: 0 consagró las siguientes exclusiones:

---

*delimitación, o que constituya una circunstancia de exclusión de cobertura, no tendrá la consideración de siniestro cubierto por la póliza ... ". Condiciones en el contrato de seguro, Editorial Comares, Granada, 2005, p.278.*

<sup>36</sup> GARRIGUES, Joaquín. *Contrato de Seguro Terrestre*. Ed. Aguirre. Madrid. 1982. p.144; a lo anterior, el profesor Garrigues agrega, con diáfana claridad, que "... al cerrar el contrato, las partes han de estar, pues, de acuerdo sobre los hechos amenazadores, cuya realización engendrará la acción de resarcimiento frente al asegurador. Y es el tomador del seguro quien ha de describir las circunstancias del riesgo, no el asegurador (de aquí la carga de la exacta declaración previa al contrato). Una vez conocidas las circunstancias que sirvan para individualizar el riesgo, su apreciación o estimación incumbe exclusivamente al asegurador, quien, como resultado de este juicio, podrá determinar el grado de probabilidad del siniestro de ese juicio, podrá determinar el grado de probabilidad del siniestro y decidirá si acepta o no reparar sus consecuencias ( ... ) Pero en cada contrato es inexcusable concretar las circunstancias que permitirán decidir si un determinado hecho dañoso entra dentro del riesgo o riesgos previstos en el contrato. Este principio, llamado "principio individualización del riesgo", no significa, sin embargo, que cada contrato de seguro haya de referirse a un riesgo único ... ". *Ibídem*, pp.144-145.

<sup>37</sup> SÁNCHEZ CALERO, Fernando. *Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50 de 1980, de 8 de octubre y sus modificaciones*. Aranzadi Editorial. Navarra. 1999. p.33; a lo que el profesor Sánchez Calero agrega que en el seguro se "... ha de individualizar el riesgo que se quiere asegurar, que depende de la naturaleza del evento que se pretende asegurar y del interés sobre el cual debe verificarse el evento, debiendo producirse en el contrato una delimitación de ese riesgo, con precisión de las causas del evento, el tiempo y el espacio en que debe verificarse ( ... ) las cláusulas establecidas en el contrato no limitan 'los derechos del asegurado, sino que delimitan el riesgo asumido en el contrato, su contenido, el ámbito al que el mismo se extiende', lo que constituye un límite objetivo nacido de la voluntad pactada de las partes ... ". *Ibídem*, p.33.

<sup>38</sup> HALPERIN, Isaac. *Seguros. Exposición crítica de la ley 17.418*. Ediciones Depalma. Buenos Aires. 1972. p.342.

**“EXCLUSIONES:**

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

(...)

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

Y en el condicionado general aplicable a dicha póliza se contemplaron las siguientes exclusiones:

**“ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:**

(...)

**16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLANO DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.”**

Se ponen de presente las anteriores exclusiones para que de ser el caso y en el hipotético y remoto evento en que se llegase a considerar las infundadas pretensiones de la demanda se tengan en cuenta las mismas y la ausencia de obligación legal y/o contractual de mi representada por la exclusión de dichos eventos del amparo otorgado.

**2.3.4. GARANTÍAS PACTADAS EN LA PÓLIZA No. 660-88-99400000027 ANEXO: 0**

En el remoto e hipotético caso en el cual el despacho considere la responsabilidad del asegurado, debe tenerse en cuenta las garantías que se encontraban a cargo de la Fundación, por lo que en caso de que las mismas hayan sido incumplidas, le corresponde al despacho aplicar las consecuencias legales previstas en el artículo 1061 del Código de Comercio.

Para sustentar la anterior excepción, debe memorarse el concepto de garantía dentro del derecho de seguros. Sobre el particular, el profesor Rodrigo Becerra Toro recuerda su concepto y función:

“Se entiende por garantía del asegurado la promesa que hace de ejecutar o no determinada conducta, o de cumplir cierta exigencia, o la declaración que hace de existir o de no existir determina situación fáctica. Es una obligación escrita (porque debe constar en la póliza o en sus anexos, art. 1061 C.Co.), y a futuro. Esta declaración puede hacerse en la póliza o en un anexo suyo. No tiene ritualidad o formalidad alguna, pero debe indicar con precisión lo que es objeto de ella. **Dicha garantía debe cumplirse de manera estricta, pues de lo contrario el contrato es anulable (inc. 3, art. 1061). Si esta promesa versa sobre un hecho posterior al contrato, puede el asegurador terminarlo en caso de infracción (art. 1061 C.Co.).**<sup>39</sup>” (énfasis añadido).

De igual forma, recientemente, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 1 de septiembre de 2023 recordó los efectos que acarrearán el incumplimiento de las garantías a cargo del asegurado:

“...el citado canon 1061 del Código de Comercio asignó a la inobservancia de los compromisos asumidos por el tomador-asegurado similares consecuencias a las de otras faltas que atentan contra una equitativa y justa determinación o conservación del riesgo asegurado. En particular, la transgresión de las garantías afirmativas –que se refieren a hechos del pasado– otorga a la aseguradora la potestad de solicitar la anulación del contrato. Y **la transgresión de las garantías de conducta le permite darlo por terminado «desde el momento de la infracción».**

(...)

... las garantías de conducta generalmente incentivan al tomador-asegurado a tomar ciertas medidas de naturaleza preventiva, orientadas a reducir el riesgo de que ocurra un siniestro. Por tanto, contravenir ese compromiso previo afecta necesariamente las variables que fueron consideradas (de buena fe) al hacer el cálculo de la posibilidad de acaecimiento del riesgo asegurado.

Expresado en palabras de la doctrina, **la transgresión de las garantías de conducta tiene «su proyección en el equilibrio contractual»; y es en defensa de ese equilibrio que se le otorga a la aseguradora el derecho a terminar el contrato de forma unilateral y retroactiva, a partir del mismo momento en el que su contraparte faltó a su palabra.**<sup>40</sup>” (énfasis añadido).

Visto lo anterior, para el caso en concreto, se tiene que el condicionado general contempló la siguiente garantía:

<sup>39</sup> Becerra Toro, R. (2014). Nociones fundamentales de la teoría general y regímenes particulares del contrato de seguro. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Jurídica y Política, Carrera de Derecho. Pág. 150.

<sup>40</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 1 de septiembre de 2023. Radicado No. 11001-31-03-011-2018-00032-01. Magistrado Ponente: Luis Alonso Rico Puerta.

*ARTÍCULO 25° - GARANTÍAS SO PENA DE QUE EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE POR TERMINADO DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS GARANTIZAN:*

*(...)*

*2.2. IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, **TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNESIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.**” (subrayado y negritas propias).*

En la medida en que uno de las pretensiones de la demanda es el reconocimiento (subsidiario) de una presunta violación al consentimiento informado y al presunto manejo inadecuado de la historia clínica, solicito respetuosamente al despacho dar plena aplicación a las consecuencias dispuestas en el artículo 1061 y siguientes del Código de Comercio, esto es, dar por terminado los contratos de seguro en caso de que se verifique el incumplimiento de las garantías por parte del asegurado, especialmente, aquellas que se pactaron para cumplir con el manejo adecuado de la historia clínica de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente y la obtención del consentimiento informado.

### **2.3.5. LA COBERTURA OTORGADA POR LA PÓLIZA No. 660-88-994000000027 ANEXO:0 SE CIRCUNSCRIBE A LOS TÉRMINOS DE SU CLAUSULADO**

Se plantea la siguiente excepción para que, no obstante, la prosperidad de las excepciones propuestas tanto frente a la demanda y al llamamiento en garantía, se tengan en cuenta todos y cada uno de los pormenores y cláusulas del contrato de seguro celebrado entre mi representada y la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, términos vertidos fundamentalmente en la Póliza **No. 660-88-994000000027** junto con el condicionado general aplicable a las mismas.

Para sustentar la excepción que se propone, debe tenerse presente que el artículo 1602 del Código

Civil, aplicable al régimen comercial, del cual lógicamente hace parte el contrato de seguro, por virtud del artículo 822 del Código de Comercio, establece que el contrato es vinculante para las partes que lo celebran y sólo podrá ser invalidado por ellas mismas o por causas legales. El principio de la autonomía privada de la voluntad recogido en dicho artículo también ha sido plasmado en el negocio aseguratorio como claramente se observa en el artículo 1056 de la actual codificación mercantil:

*“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.”*

Frente a dicho artículo, la doctrina ha tenido a bien en explicar la importancia del artículo que se acabó de transcribir, manifestando lo siguiente:

*“Conviene precisar con respecto al “riesgo” que, en principio, **las pólizas no tienen carácter universal en cuanto a la cobertura de toda clase de ellos, y que, por tanto, el asegurador con las restricciones de origen legal tiene derecho a tomar los riesgos que tenga a bien y que correspondan al interés o a la cosa asegurada, al patrimonio o a la persona de quien sea asegurado, a tenor del artículo 1056 C.Co., así que el asegurador está en libertad de aceptar o rechazar los que se le propongan.** Como lo reconocen los doctrinantes nacionales, la aseguradora puede a su arbitrio y con entera discreción asumir todos o varios de los riesgos que puedan afectar el interés asegurable o la cosa asegurable, y que se le propongan [PALACIOS SÁNCHEZ, ob cit., pág. 27], claro está, sin violar lo preceptuado en el artículo 1055 C.Co. Cabría pensar aquí y ahora cuál es la razón para la individualización del riesgo. **Es claro que como el riesgo se desplaza del patrimonio del asegurado al del asegurador, ambos deben ponerse de acuerdo sobre los elementos de juicio que deben servir para establecer la individualización del riesgo.**<sup>41</sup> (subrayado y negritas propias).*

En ese sentido y dada la libertad legal y contractual de los aseguradores para asumir o no los riesgos a los que estén expuestos la cosa el interés asegurable, según clara previsión del artículo 1056 del Código de Comercio, deben tenerse en cuenta, principalmente, para saber cómo se efectuó dicha delimitación del riesgo los acuerdos entre tomador y asegurador, vertidos principalmente en las condiciones generales y particulares según también lo ha explicado la doctrina:

*“2). Diligenciamiento y expedición de la póliza El documento en que se hace constar el contrato de seguro es la póliza (aunque, éste no tiene carácter solemne). La póliza tiene doble importancia práctica y jurídica, pues, **en ella deben constar todas las estipulaciones de las partes, las condiciones***

<sup>41</sup> Becerra Toro, R. (2014). Nociones fundamentales de la teoría general y regímenes particulares del contrato de seguro. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Jurídica y Política, Carrera de Derecho.

generales, las condiciones particulares, el riesgo y su estado, la prima, la duración, las exclusiones, el deducible, las situaciones de infraseguro o seguro en exceso, etc., y además es el medio probatorio por excelencia del contrato de seguro. La póliza debe abarcar no sólo la contratación inicial sino cualquier modificación o adición posterior al seguro (aunque mientras se complementa o actualiza suele usarse un documento de cobertura provisional).<sup>42</sup> (subrayado y negritas propias).

De igual forma, el profesor Carlos Ignacio Jaramillo recuerda lo siguiente con apoyo en la jurisprudencia de la H. Corte Suprema de Justicia:

*“...corroboran la capacidad individualizadora inherente a las condiciones particulares y su consecuente potencialidad de revelar lo realmente querido por las partes en un asunto contractual determinado, nuestra Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 24 de julio de 2012, puso de presente que “...Para averiguar el querer de los obligados, a más del tenor literal de sus cláusulas y las directrices establecidas en los artículos 1618 a 1624 del Código Civil, 5º y 823 del Código de Comercio, **debe tener en cuenta el intérprete diversos factores que inciden en el acuerdo, tales como las condiciones particulares de los intervinientes y su proceder en los diferentes momentos contractuales, esto es, antes, durante y después de su celebración, de tal manera que refleje de manera precisa el ánimo que los inspiró a vincularse...**”<sup>43</sup> (subrayado y negritas propias).*

Por lo anterior, se solicita tener en cuenta la autonomía de la voluntad del tomador y asegurador que dieron origen al contrato de seguro documentado en Póliza No. **660-88-99400000027** y, especialmente, las condiciones generales y particulares, vertidas en dichas póliza, pues ellas reflejan no sólo los amparos contratados sino también sus límites, sublímites, garantías a cargo del tomador para la efectividad del contrato, entre otras disposiciones y cláusulas que hacen parte del negocio asegurativo.

### **2.3.6. LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SE ENCUENTRA LIMITADA AL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA – ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**

Se propone la siguiente excepción para que, en el hipotético caso de considerar las infundadas pretensiones de la demanda, se tenga en cuenta que, por virtud del artículo 1079 del Código de Comercio, la obligación condicional de mi representada, la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, se encuentra limitada al monto de la suma asegurada, sin que por ningún caso se pueda exceder dicha suma, pues, dicha previsión del legislador mercantil constituye por expresa disposición del artículo 1162 de la misma codificación una norma imperativa con todo lo que ello implica.

Para sustentar la excepción que ahora se propone, debe tenerse en cuenta, en primer lugar, el tenor

<sup>42</sup> Ibidem.

<sup>43</sup> Jaramillo Jaramillo, C. I. (2013). Derecho de seguros. Tomo II. Editorial Temis S.A. - Pontificia Universidad Javeriana. Pág. 747.

literal del artículo 1079 del Código de Comercio:

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

Disposición que se complementa con lo dispuesto en el artículo 1089 del mismo estatuto mercantil:

ARTÍCULO 1089. <LIMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN>. Dentro de los límites indicados en el artículo 1079 **la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario.**

Se presume valor real del interés asegurado el que haya sido objeto de un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. Este, no obstante, podrá probar que el valor acordado excede notablemente el verdadero valor real del interés objeto del contrato, mas no que es inferior a él. (subrayado y negritas propias).

Sobre los dos anteriores artículos, el profesor Andrés Ordóñez comenta lo siguiente:

“El valor asegurado (VA), al cual se refiere el texto del artículo 1089 del Código de Comercio que se acaba de citar, no es otra cosa que la declaración unilateral que hace el asegurado (tomador) al asegurador para efectos del contrato, y **se constituye en otro factor limitante del valor de la indemnización que debe ser pagada al asegurado en caso de siniestro. En otras palabras, si bien el seguro de daños tiene carácter indemnizatorio y no puede implicar como máximo sino la reparación efectiva de la pérdida derivada del siniestro en la medida real de esa pérdida, en todo caso la obligación del asegurador se limita al valor asegurado en la póliza, disposición que consagra el mencionado artículo 1079 del Código de Comercio,** que es inequívocamente imperativa por mandato del artículo 1162 del mismo estatuto.”<sup>44</sup> (subrayado y negritas propias).

Teniendo en cuenta lo anterior, para el caso en concreto, en virtud de los artículos 1079 y 1089 del Código de Comercio, se tiene que las coberturas contratadas se encuentran limitadas y sub-limitadas tanto por evento como por vigencia:

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

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

<sup>44</sup> Ordóñez Ordóñez, A. E. (2008). Elementos esenciales, partes y carácter indemnizatorio del contrato (Reimpresión a la primera ed.). Universidad Externado de Colombia. Págs. 77 y 78.

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

Por todo lo anterior y en el hipotético y remoto caso que se entre a estudiar las particularidades de los contratos de seguro documentado en la Póliza No. 660-88-994000000027 , a pesar de la inexistencia de responsabilidad a cargo de la entidad asegurada, solicitó tener en cuenta la argumentación planteada en esta excepción junto con el carácter indemnizatorio del negocio asegurativo en cuestión que será expuesto a continuación.

### 2.3.7. CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL CONTRATO DE SEGURO

Se propone como excepción el carácter indemnizatorio del contrato de seguro en la medida en que los perjuicios solicitados por los demandantes se encuentran tasados de forma excesiva y en clara contravención frente a la jurisprudencia unificada del H. Consejo de Estado, por lo que, en el hipotético y remoto caso de que el despacho decida acceder a las infundadas pretensiones de la demanda, se debe tener en cuenta la magnitud real del perjuicio moral solicitado y no los baremos descontextualizados y desproporcionados que se solicitan.

Frente al carácter indemnizatorio del seguro de daños, del cual el seguro de responsabilidad civil extracontractual es uno de ellos, se dispone en el artículo 1088 del Código de Comercio lo siguiente:

*“ARTÍCULO 1088. <CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL SEGURO>. **Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento.** La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso.*

*<Inciso adicionado por el artículo 242 de la Ley 2294 de 2023. El nuevo texto es el siguiente:> Para el caso del seguro paramétrico o por índice, el pago por la ocurrencia del riesgo asegurado se hará efectivo con la realización del índice o los índices definidos en el contrato de seguro.” (subrayado y negritas propias).*

Sobre el principio enunciado anteriormente, en especial, en lo que tiene que ver con el seguro de responsabilidad, como lo es el que ocupa la atención del despacho, el profesor Juan Manuel Díaz-Granados menciona lo siguiente:

*“6. El daño*

*El segundo elemento que configura la responsabilidad es el daño o perjuicio, cuyo entendimiento es fundamental con relación al seguro de responsabilidad.*

*En primer lugar, por cuanto es posible que las pólizas excluyan algún tipo de daño en particular, como el lucro cesante o el daño moral. En segundo lugar, por cuanto **el seguro es eminentemente indemnizatorio y sólo cubrirá el daño efectivamente causado por el responsable a la víctima; del mismo modo,***

**dicha cuantía se definirá conforme a las reglas del daño en el terreno de la responsabilidad.**

(...)

*Los seguros de daños tienen contenido eminentemente indemnizatorio y jamás podrán constituir fuente de enriquecimiento (artículo 1088 del Código de Comercio).<sup>45</sup> (subrayado y negritas propias).*

En esa medida, se plantea la presente excepción para que, en el hipotético y remoto caso de que se consideren las infundadas pretensiones de la demanda, el perjuicio material e inmaterial solicitado por la parte actora sea considerado en sus reales dimensiones para garantizar el principio indemnizatorio, evitando así un enriquecimiento injustificado de la víctima en desmedro de la asegurada y de mi representada.

### **2.3.8. DISMINUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA POR PAGO DE INDEMNIZACIONES CON CARGO A LA PÓLIZA No. 660-88-994000000027 ANEXO: 0**

Se plantea esta excepción en la medida en que el despacho debe verificar, antes de dictar sentencia que ponga fin al presente proceso, la disponibilidad de la suma asegurada la Póliza No. 660-88-994000000027, pues, anejo al carácter indemnizatorio de los seguros de daños como ciertamente lo es el seguro de responsabilidad civil, se tiene por expresa disposición del artículo 1111 del Código de Comercio<sup>46</sup> que, la suma asegurada se entenderá reducida, desde el momento del siniestro, en el importe de la indemnización pagada por el asegurador.

En suma, Sin que con el planteamiento de este argumento esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mejor derecho y respecto a los mismos hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohijada.

### **2.3.9. DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA No. 660-88-994000000027 ANEXO: 0**

En la Póliza No. 660-88-994000000027 anexo 0 se pactó como deducible *10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00*, por lo que, en el hipotético y remoto caso que se accedan a las infundadas pretensiones de la demanda, le corresponde al asegurado soportar las consecuencias económicas del siniestro en los porcentajes previamente indicados, siempre aplicando el porcentaje mayor de deducible.

La profesora María Cristina Isaza Posse refiriéndose a la jurisprudencia arbitral y a la doctrina

<sup>45</sup> Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana.

<sup>46</sup> ARTÍCULO 1111. <REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA>. La suma asegurada se entenderá reducida, desde el momento del siniestro, en el importe de la indemnización pagada por el asegurador.

nacional, define el concepto de deducible en el contrato de seguro de la siguiente forma:

*“La jurisprudencia arbitral colombiana se ha referido al deducible de la siguiente manera.”<sup>47</sup>*

### 3.5.3. El deducible en el contrato de seguro

*El artículo 1079 del Código de Comercio establece que “el asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”. De allí se desprende que, en primer lugar, la responsabilidad del asegurador está limitada, cuantitativamente, al monto de la suma asegurada. Sin embargo, **en ejercicio de la autonomía privada, también es posible pactar que el asegurado asuma un porcentaje o una cuota del riesgo que pretende trasladar a la aseguradora.** Las convenciones en ese sentido se denominan “deducible” y se encuentran definidas en el artículo 1103 del Código de Comercio como las “cláusulas según las cuales el asegurado debe soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño”. **Se trata, entonces, de la participación del asegurado en la asunción de los efectos patrimoniales del siniestro, que puede pactarse como una suma fija o como un porcentaje del valor asegurado. Como su nombre lo indica tal importe será “deducido” de la suma que la aseguradora debe reconocerle al asegurado, puesto que está a cargo de este último.***

*La doctrina ha definido el deducible como “la primera parte de la pérdida que el asegurado asume sobre el monto indemnizable de un siniestro. Puede consistir en una suma fija o en un porcentaje del quantum de la indemnización o en una combinación de ambos”.<sup>48</sup> En este sentido opera como un mecanismo para compartir los riesgos entre la aseguradora y el asegurado, quien deberá soportar una porción de la pérdida. En consecuencia, en cada caso habrá que analizar el pacto de las partes para determinar el valor efectivo que la aseguradora debe pagar, luego de aplicar el deducible correspondiente.”<sup>49</sup>*

Para el caso en concreto, se tiene que la Póliza No. 660-88-99400000027 contempló el siguiente deducible:

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

<sup>47</sup> Laudo Arbitral. Colpensiones contra AXA Colpatria Seguros S.A. Diciembre 22 de 2020. Árbitros: Arturo Solarte Rodríguez; Juan Carlos Esguerra Portocarrero; Alejandro Venegas Franco.

<sup>48</sup> Narváez Bonnet, Jorge Eduardo. El contrato de seguro en el sector financiero. Tercera edición. Bogotá: Ed. Grupo Editorial Ibáñez, 2014, p.373

<sup>49</sup> Isaza Posse, M. C. (2021). El deducible en el seguro de responsabilidad civil en Colombia. Revista Ibero-Latinoamericana De Seguros, 30(54). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ris54.dsrc>

Por ello, y en el hipotético y poco probable evento de que se emita sentencia condenatoria, se le solicita respetuosamente al despacho aplicar el deducible pactado, declarando que el asegurado tiene que soportar las consecuencias económicas del siniestro en los porcentajes previamente mencionados.

### 2.3.10. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Respetuosamente solicito al despacho que, de ser el caso, se estudie la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de conformidad con las disposiciones que lo regulan en el Código de Comercio como lo son los artículos 1081 y 1131 de dicho estatuto.

### 2.3.11. GENÉRICA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso ya sea frente a la demanda o incluso ante el llamamiento en garantía.

## III. DE LA CONDENA EN COSTAS

De conformidad con el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo en concordancia con lo dispuesto en el artículo 365 del Código General del Proceso y demás normas aplicables, se solicita respetuosamente condenar en costas a la parte demandante.

## IV. OPOSICIÓN A LAS PRUEBAS APORTADAS EN LA DEMANDA

### 4.1. Respetto de las grabaciones de noticias allegadas:

Frente a los recortes y/o pantallazos de prensa y redes sociales aportados junto con la demanda, conviene recordar que la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido absolutamente clara frente a la tenue eficacia probatoria de dichos documentos, pues, lo cierto es que serán medios auxiliares a otros que acrediten la responsabilidad aquiliana de la Administración Pública. En ese sentido, véase, por ejemplo, la Sentencia del 28 de agosto de 2013<sup>50</sup> con ponencia del Consejero Enrique Gil Botero:

*“2. De otro lado, en relación con la valoración de los recortes de prensa o periódicos que fueron allegados como prueba, y que obran de folio 13 y 14 del primer cuaderno, es necesario reiterar la reciente jurisprudencia de la Sala Plena, ya que en providencia reciente puntualizó:*

*“Conforme el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil y a lo que ha sostenido la doctrina procesal, la publicación periodística que realice cualquiera de los medios de comunicación puede ser considerada prueba documental. Sin embargo, en principio solo representa valor secundario de acreditación del*

<sup>50</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Sala Plena. Sentencia del 28 de agosto de 2013. Consejero Ponente: Enrique Gil Botero. Radicado No. 05001-23-31-000-1996-00659-01(25022).

**hecho en tanto por sí sola, únicamente demuestra el registro mediático de los hechos. Carece de la entidad suficiente para probar en sí misma la existencia y veracidad de la situación que narra y/o describe. Su eficacia como plena prueba depende de su conexidad y su coincidencia con otros elementos probatorios que obren en el expediente. Por tanto, individual e independientemente considerada no puede constituir el único sustento de la decisión del juez.** En la jurisprudencia de esta Corporación existen precedentes que concuerdan con esta posición. Se ha estimado que **las publicaciones periodísticas “...son indicadores sólo de la percepción del hecho por parte de la persona que escribió la noticia”,** y que si bien “...son susceptibles de ser apreciadas como medio probatorio, en cuanto a la existencia de la noticia y de su inserción en medio representativo (periódico, televisión, Internet, etc.) **no dan fe de la veracidad y certidumbre de la información que contienen**”. Lo anterior equivale a que cualquier género periodístico que relate un hecho (reportajes, noticias, crónicas, etc.), en el campo probatorio puede servir solo como indicador para el juez, quien a partir de ello, en concurrencia con otras pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, podría llegar a constatar la certeza de los hechos. Consecuentemente, a **las noticias o informaciones que obtengan los medios de comunicación y que publiquen como reportaje de una declaración, no pueden considerarse por sí solas con el carácter de testimonio sobre la materia que es motivo del respectivo proceso.** En relación con este último punto el Consejo de Estado ha indicado que “...las informaciones publicadas en diarios no pueden considerarse dentro de un proceso como prueba testimonial porque carecen de los requisitos esenciales que identifican este medio de prueba, en particular porque no son suministradas ante un funcionario judicial, no son rendidos bajo la solemnidad del juramento, ni el comunicador da cuenta de la razón de la ciencia de su dicho...” por cuanto es sabido que el periodista “...tiene el derecho de reservarse sus fuentes.”<sup>51</sup> (subrayado y negritas propias).

Por todo lo anterior, me opongo a que se le de valor probatorio a las fotografías allegadas pues no demuestran las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos.

## V. PRUEBAS

### 5.1. INTERROGATORIO DE PARTE

Con fundamento en el artículo 198 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del artículo 306 del CPACA, solicito comedidamente al señor Juez, ordenar la citación de las personas que integran la parte demandante con el fin de que absuelvan una serie de preguntas que por escrito en pliego cerrado o abierto les formularé sobre los hechos relacionados con el proceso.

### 5.2. TESTIMONIALES

Ruego respetuosamente el Despacho se me permita realizar las preguntas que considere

<sup>51</sup> Consejo de Estado. Sala Plena Contenciosa Administrativa. Sentencia del 29 de mayo de 2012. C.P. Susana Buitrago Valencia (E); Sección Tercera. Sentencia del 5 de julio de 2012. C.P. Enrique Gil Botero

pertinentes, dentro de los parámetros establecidos en la Ley para tal fin, a los testigos solicitados por la parte demandante y por la parte demandada. Lo anterior, con la finalidad de contribuir con el esclarecimiento de los hechos que requieren apoyo en la declaración de terceros.

### 5.3. OFICIOS

Respetuosamente solicito que se oficie a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa para que certifique la disponibilidad de las sumas aseguradas en la Póliza No. No. 660-88-994000000027, ello debido a que, dicha certificación se trata de una prueba sobreviniente, pues, en el interregno que se surta entre la presente contestación y la audiencia prevista en el artículo 182 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, la suma asegurada puede sufrir varios cambios que pueden incidir en las decisiones que el despacho deba adoptar frente al llamamiento en garantía realizado a mi representada.

### 5.4. DOCUMENTALES

5.4.1. Póliza No. 660-88-994000000027 Anexos 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

5.4.2. Condicionados generales póliza de seguro de responsabilidad civil profesional para clínicas, hospitales y centros médicos aplicables a la anterior Póliza y sus anexos.

## VI. ANEXOS

6.1. Los documentos enunciados en el acápite denominado "Documentales".

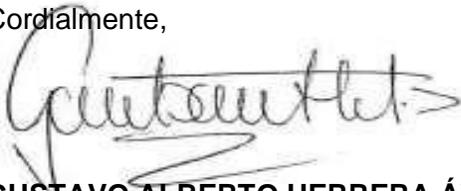
6.2. Poder especial.

6.3. Certificado de existencia y representación de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

## VII. NOTIFICACIONES

La parte convocante, en el lugar indicado en el escrito de Llamamiento en Garantía. El suscrito en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho. Dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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

## CAL20724 - PODER

Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>

Vie 05/04/2024 20:48

Para:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (1 MB)

240402-Certificado SFC ASC.pdf; CAL20724.pdf;

Señores

**JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO**

**Cartago**

|                    |                    |   |
|--------------------|--------------------|---|
| <b>Referencia:</b> | <b>RADICADO:</b>   | <b>202000143</b>                              |
|                    | <b>DEMANDANTE.</b> | <b>JUAN SEBASTIÁN JIMÉNEZ CARDONA Y OTROS</b> |
|                    | <b>DEMANDADO.</b>  | <b>COOSALUD E.P.S. S.A. Y OTROS</b>           |
|                    | <b>LLAMADO EN</b>  |   |
|                    | <b>GARANTIA.</b>   | <b>ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.</b> |

**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](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico [notificaciones@solidaria.com.co](mailto: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

CAL20724 2024/04/05

**GERENCIA JURÍDICA.**  
**Dirección General.**  
**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**  
**ENTIDAD COOPERATIVA**  
**Calle 100 No 9A – 45 Bogotá – CO**



\*\*\*\*\*

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

Este mensaje es confidencial, esta amparado por secreto profesional y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su(s) destinatario(s). Si recibió esta transmisión por error, por favor avise al remitente. Este mensaje y sus anexos han sido sometidos a programas antivirus y entendemos que no contienen virus ni otros defectos. En todo caso, el destinatario debe verificar que este mensaje no esta afectado por virus y por tanto Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no es responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

This message is confidential, subject to professional secret and may not be used or disclosed by any person other than its addressee(s). If received in error, please contact the sender. This message and any attachments have been scanned and are believed to be free of any virus or other defect. However, recipient should ensure that the message is virus free. Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa is not liable for any loss or damage arising from use of this message.

Ya visitó <https://www.solidaria.com.co> ?

\*\*\*\*\*

Señores  
**JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO**  
**Cartago**

Referencia:   **RADICADO:**                    **202000143**  
                  **DEMANDANTE.**                   **JUAN SEBASTIÁN JIMÉNEZ CARDONA Y OTROS**  
                  **DEMANDADO.**                   **COOSALUD E.P.S. S.A. Y OTROS**  
                  **LLAMADO EN**  
                  **GARANTIA.**                    **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**

**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](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico [notificaciones@solidaria.com.co](mailto: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

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUMERO **19.395.114**

**HERRERA AVILA**

APELLIDOS

**GUSTAVO ALBERTO**

NOMBRES

*Gustavo Alberto Herrera Avila*  
FIRMA



INDICE DERECHO

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

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.78**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

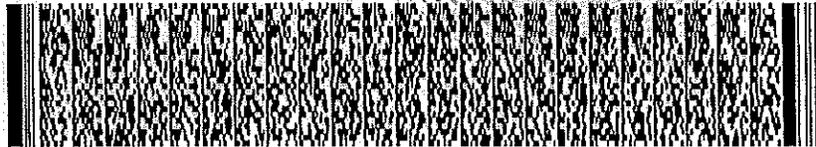
**M**

SEXO

**06-OCT-1978 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
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 26/08/1986 16/06/1986  
Tarjeta No. Fecha de Expedición Fecha de Gracia

GUSTAVO ALBERTO  
HERRERA AVILA

19395114  
Cédula

VALLE  
Consejo Seccional

MILITAR NUEVA GRANAD  
Universidad



Francisco Escobar Heniquez  
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.

**Certificado Generado con el Pin No: 1354875603162225**

Generado el 02 de abril de 2024 a las 15:40:48

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

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**

**NIT: 860524654-6**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 0064 del 18 de enero de 1985 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS UCONAL LIMITADA.

Escritura Pública No 3098 del 31 de julio de 1989 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL SOCIEDAD COOPERATIVA LTDA.

Escritura Pública No 4201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL.

Escritura Pública No 3296 del 16 de noviembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA "SOLIDARIA"

Escritura Pública No 1628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal será en Bogotá D.C.

Escritura Pública No 420 del 09 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Es una institución auxiliar del cooperativismo, de carácter Nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, de número de ley, con patrimonio variable e ilimitado.

Escritura Pública No 01779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro , modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

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

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

Certificado Generado con el Pin No: 1354875603162225

Generado el 02 de abril de 2024 a las 15:40:48

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

SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 2013092496 del 21 de octubre de 2013 )

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

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

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Manejo, Vidrios, Terremoto, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Sustracción y Cooperativo de vida

Resolución S.B. No 1335 del 29 de abril de 1993 Responsabilidad civil

Resolución S.B. No 868 del 09 de mayo de 1994 Cumplimiento

Resolución S.B. No 1893 del 02 de septiembre de 1994 Transporte

**Certificado Generado con el Pin No: 1354875603162225**

Generado el 02 de abril de 2024 a las 15:40:48

**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."

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:  
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS  
 29 08 2019 VIGENCIA DESDE 30 08 2019 23:59 A LAS 30 08 2020 23:59 366 A LAS 08 04 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**  
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS  
 30 08 2019 23:59 30 08 2020 23:59 366  
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**  
 NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**  
 DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**  
 ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**  
 DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**  
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**  
 DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**  
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION AMPAROS                            | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              | 400,000,000.00      | 0.00              |

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

BENEFICIARIOS  
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS  
 TOMADOR: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA  
 ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA.  
 UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: CRA 8 # 17-52 BUGA  
 DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.  
 BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES  
 NIVEL DE COMPEJIDAD: II y III  
 VIGENCIA: Un año, inicio de cobertura a las 23:59 horas.  
 OBJETO DEL SEGURO:

|   |  |   |                                 |  |
|---|--|---|---------------------------------|--|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ <b>*2,000,000,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br>\$ <b>*****144,000,003</b> | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ <b>****15,000.00</b> | IVA:<br>\$ <b>***27,362,851</b> | TOTAL A PAGAR:<br>\$ <b>*****171,377,853</b> |
|---|--|---|---------------------------------|--|

| INTERMEDIARIO                        |       |        | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|--------------------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE                               | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
| GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | 3525  | 100.00 |                  |       |                 |

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

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

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
 CLIENTE RAMTORO 0  
 C8DE2078070CFE7858

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

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

### CONDICIONES GENERALES:

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

### MODALIDAD DE COBERTURA:

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

### RETROACTIVIDAD:

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

### VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

### AMPARO BÁSICO:

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

### AMPAROS ADICIONALES:

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

### INFORMACION SOBRE PLANTA Y PERSONAL:

SEGÚN RELACION DETALLADA EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD

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

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

### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- " Extensión del 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 100% de la prima anual cobrada inicialmente.
- " No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
- " Cláusula de Renovación Automática con Revisión de Términos; Mediante la presente cláusula se acuerda entre el presente seguro se renovará de manera automática, siempre que no se presente cambios en la información aportada en el formulario (proposal form del año 2019), y que la siniestralidad no exceda el 50% de las primas facturadas en la vigencia.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

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

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

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

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

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

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

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

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

### EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

" Reclamaciones 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.

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

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

### DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

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

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

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

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

### AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

### GARANTIAS:

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

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

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

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

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

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

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:1**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:  
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS  
 03 09 2019 03 09 2019 23:59 30 08 2020 23:59 362 08 04 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 **MODIFICACION**  
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS  
 30 08 2019 23:59 30 08 2020 23:59 366  
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**  
 NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**  
 DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**  
 ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**  
 DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**  
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**  
 ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**  
 DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**  
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**  

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

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

BENEFICIARIOS  
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS  
 MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA DE LAS SIGUIENTES ACLARACIONES

\* Amparo de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.  
 Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:

- a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.
- b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes
- c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad

|                                     |                          |                                   |                  |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ ***** | GASTOS EXPEDICION:<br>\$*****0.00 | IVA:<br>\$ ***** | TOTAL A PAGAR:<br>\$ ***** |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|

| INTERMEDIARIO                        |       |        | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|--------------------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE                               | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
| GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | 3525  | 100.00 |                  |       |                 |

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

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

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
 C8DE2078070CFF765D CLIENTE RAMTORO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 1

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

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

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

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

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

a. Por Proceso de Cop \$ 15.000.000.

b. Por Evento de Cop \$ 45.000.000.

\* CONDICIONES GENERALES:

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

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:2**

|   |     |      |                                       |     |      |                |     |     |                |       |     |                    |     |      |
|---|-----|------|---------------------------------------|-----|------|----------------|-----|-----|----------------|-------|-----|--------------------|-----|------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CALI LIMONAR</b> |     |      | COD. AGE: 660                         |     |      | RAMO: 88       |     |     | PAP:           |       |     |                    |     |      |
| DIA                                     | MES | AÑO  | DIA                                   | MES | AÑO  | HORAS          | DIA | MES | AÑO            | HORAS | DIA | MES                | AÑO |      |
| 03                                      | 12  | 2019 | 02                                    | 12  | 2019 | 23:59          | 30  | 08  | 2020           | 23:59 | 272 | 08                 | 04  | 2024 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN                     |     |      | VIGENCIA DE LA PÓLIZA                 |     |      | VIGENCIA DESDE |     |     | VIGENCIA HASTA |       |     | FECHA DE IMPRESIÓN |     |      |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>     |     |      | TIPO DE IMPRESIÓN: <b>REIMPRESION</b> |     |      |                |     |     |                |       |     |                    |     |      |

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

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

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

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA DE:

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

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

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

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

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

|                                     |                        |                                 |                |                          |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------------|--------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>*****0 | GASTOS EXPEDICION:<br>*****0.00 | IVA:<br>*****0 | TOTAL A PAGAR:<br>*****0 |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------------|--------------------------|

| INTERMEDIARIO                        |       |        | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|--------------------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE                               | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
| GARCÉS LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | 3525  | 100.00 |                  |       |                 |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA 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)770186100019(8020)00000000007000660083267

**FIRMA TOMADOR**

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

RAMTORO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: 2

## DATOS DEL TOMADOR

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:3**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:

|                     |     |      |                       |     |      |       |     |                |      |       |       |     |                    |       |
|---------------------|-----|------|-----------------------|-----|------|-------|-----|----------------|------|-------|-------|-----|--------------------|-------|
| DIA                 | MES | AÑO  | DIA                   | MES | AÑO  | HORAS | DIA | MES            | AÑO  | HORAS | DIA   | MES | AÑO                | HORAS |
| 07                  | 04  | 2020 | 30                    | 08  | 2019 | 23:59 | 30  | 08             | 2020 | 23:59 | 366   | 08  | 04                 | 2024  |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |      | VIGENCIA DE LA PÓLIZA |     |      | A LAS |     | VIGENCIA HASTA |      |       | A LAS |     | FECHA DE IMPRESIÓN |       |

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

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

|                    |     |      |       |     |                |      |       |       |  |
|--------------------|-----|------|-------|-----|----------------|------|-------|-------|--|
| DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA | MES            | AÑO  | HORAS | DIAS  |  |
| 02                 | 04  | 2020 | 23:59 | 30  | 08             | 2020 | 23:59 | 150   |  |
| VIGENCIA DEL ANEXO |     |      | A LAS |     | VIGENCIA HASTA |      |       | A LAS |  |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION AMPAROS                            | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              | 400,000,000.00      | 0.00              |

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

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

|  |               |                         |                 |
|--|---------------|-------------------------|-----------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>                           |               | <b>COASEGURO CEDIDO</b> |                 |
| NOMBRE<br>GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | CLAVE<br>3525 | %PART<br>100.00         | VALOR ASEGURADO |

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

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

**FIRMA TOMADOR**

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

CLIENTE **LECAMACHO 0**

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 3

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:4**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:  
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS  
 24 08 2020 30 08 2020 23:59 30 08 2021 23:59 365 08 04 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**  
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS  
 30 08 2020 23:59 30 08 2021 23:59 365  
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**  
 NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**  
 DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**  
 ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**  
 DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**  
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**  
 DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**  
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**  

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES GENERALES:  
 Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V2 y 15/09/2017-1502-NT-P-06-PI50917001046000.

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

|   |  |   |                                 |  |
|---|--|---|---------------------------------|--|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ <b>*2,000,000,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br>\$ <b>*****151,200,000</b> | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ <b>****15,000.00</b> | IVA:<br>\$ <b>***28,730,850</b> | TOTAL A PAGAR:<br>\$ <b>*****179,945,850</b> |
|---|--|---|---------------------------------|--|

| INTERMEDIARIO                        |       |        | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|--------------------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE                               | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
| GARCÉS LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | 3525  | 100.00 |                  |       |                 |

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

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

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
 CLIENTE LECAMACHO 0

C8DE2078060CFE7B5E  
**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda Serrano \* Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá \* Teléfono: (601) 7919180  
 Fax: (601) 7919180 \* Celular: 312 342 6229 \* Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com  
 Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:  
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 4

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

### FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

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

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

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

### AMPARO BÁSICO:

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

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

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

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

### AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

o Por Proceso: COP \$15.000.000.

o Por Evento: COP \$45.000.000.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 4

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

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

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONSIDERACIONES ADICIONALES

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

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

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

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

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

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

## EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

" Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.

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

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 4

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

" Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

- " Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
- " Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

### AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

### GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 3. GARANTIAS del clausulado general de la póliza.  
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

### DEDUCIBLES:

- " Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso 10% del valor de la pérdida, sin mínimo.
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:5**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:

|                     |     |      |                       |                |     |      |       |                |     |      |       |                    |     |     |       |
|---------------------|-----|------|-----------------------|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|--------------------|-----|-----|-------|
| DIA                 | MES | AÑO  | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA                | MES | AÑO | HORAS |
| 17                  | 08  | 2021 |                       | 30             | 08  | 2020 | 23:59 | 30             | 08  | 2021 | 23:59 | 365                |     |     |       |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |      |                       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | VIGENCIA HASTA |     |      |       | FECHA DE IMPRESIÓN |     |     |       |
|                     |     |      |                       | A LAS          |     |      |       | A LAS          |     |      |       | DIAS               |     |     |       |

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

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

|                    |     |      |       |                |     |      |       |                |  |  |  |
|--------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|----------------|--|--|--|
| DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIAS           |  |  |  |
| 30                 | 08  | 2020 | 23:59 | 30             | 08  | 2021 | 23:59 | 365            |  |  |  |
| VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | VIGENCIA HASTA |  |  |  |
|                    |     |      |       | A LAS          |     |      |       | A LAS          |  |  |  |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

|                                     |                          |                                   |                  |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ ***** | GASTOS EXPEDICION:<br>\$*****0.00 | IVA:<br>\$ ***** | TOTAL A PAGAR:<br>\$ ***** |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|

|  |               |                         |                                    |
|--|---------------|-------------------------|------------------------------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>                           |               | <b>COASEGURO CEDIDO</b> |                                    |
| NOMBRE<br>GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | CLAVE<br>3525 | %PART<br>100.00         | NOMBRE COMPAÑIA<br>VALOR ASEGURADO |

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

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

**FIRMA TOMADOR**

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

RAMTORO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: 5

## DATOS DEL TOMADOR

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:6**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:  
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS  
 30 08 2021 30 08 2021 23:59 30 08 2022 23:59 365 08 04 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 DIA  
 VIGENCIA DEL ANEXO 30 08 2021 23:59 30 08 2022 23:59 365  
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**  
 NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**  
 DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**  
 ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**  
 DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**  
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**  
 DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**  
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION AMPAROS                            | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

|   |  |   |                                 |  |
|---|--|---|---------------------------------|--|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ <b>*2,000,000,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br>\$ <b>*****166,320,000</b> | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ <b>****15,000.00</b> | IVA:<br>\$ <b>***31,603,650</b> | TOTAL A PAGAR:<br>\$ <b>*****197,938,650</b> |
|---|--|---|---------------------------------|--|

| INTERMEDIARIO                        |       |        | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|--------------------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE                               | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
| GARCÉS LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | 3525  | 100.00 |                  |       |                 |

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

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

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
 CLIENTE RAMTORO 0

C8DE20790F0BF97D5E  
**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>

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 6

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

TOMADOR: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - Nit. 891.380.054-1  
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - Nit. 891.380.054-1  
BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CRA 8 # 17-52 BUGA

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

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 118

VIGENCIA: 365 días, a partir de agosto 30 de 2.021 con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

### OBJETO DEL SEGURO:

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

### CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

### MODALIDAD DE COBERTURA:

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

### FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es A PARTIR DE AGOSTO 30 DE 2017, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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

### AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.

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

- o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
- o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
- o Suministro de medicamentos.
- o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

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

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

- o Por Proceso: COP \$15.000.000.
- o Por Evento: COP \$45.000.000.

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 6

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

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

### AMPAROS ADICIONALES:

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

" Extensión del Período de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y de 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

" Posesión y utilización de Equipos Especiales: Sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y de 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

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

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

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

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

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

" Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

" Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

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

### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 6

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

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

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

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

" TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

### EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

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

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

" Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.

" Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.

" Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos

derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado.

" Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.

" EXCLUSION ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, Según texto.

" EXCLUSION DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, Según texto.

### EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;

b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;

c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o

d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;

e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 6

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

### CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

### DEFINICIONES

#### A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

#### B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

#### C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

#### D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

#### E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

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

### AMBITO TERRITORIAL:

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 6

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

### GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.  
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

### DEDUCIBLES:

- " Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: 10% del valor de la pérdida, sin mínimo.
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

VALOR(ES) ASEGURADO(S): \$2.000.000.000

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:7**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:

|                     |     |      |                       |                |     |      |       |       |     |      |       |                |     |     |       |       |    |      |  |      |  |  |  |                    |  |  |  |
|---------------------|-----|------|-----------------------|----------------|-----|------|-------|-------|-----|------|-------|----------------|-----|-----|-------|-------|----|------|--|------|--|--|--|--------------------|--|--|--|
| DIA                 | MES | AÑO  | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA   | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO | HORAS |       |    |      |  |      |  |  |  |                    |  |  |  |
| 30                  | 08  | 2021 |                       | 30             | 08  | 2021 | 23:59 | 30    | 08  | 2022 | 23:59 | 365            |     |     |       | 08    | 04 | 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 **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

|                    |     |      |       |                |     |      |       |       |     |     |       |                |     |      |       |       |  |  |  |
|--------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|-------|-----|-----|-------|----------------|-----|------|-------|-------|--|--|--|
| DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA   | MES | AÑO | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS |       |  |  |  |
| 30                 | 08  | 2021 | 23:59 | 30             | 08  | 2022 | 23:59 | 365   |     |     |       | 30             | 08  | 2022 | 23:59 | 365   |  |  |  |
| VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | A LAS |     |     |       | VIGENCIA HASTA |     |      |       | A LAS |  |  |  |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

|                                     |                          |                                   |                  |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ ***** | GASTOS EXPEDICION:<br>\$*****0.00 | IVA:<br>\$ ***** | TOTAL A PAGAR:<br>\$ ***** |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|

|  |               |                         |                                    |
|--|---------------|-------------------------|------------------------------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>                           |               | <b>COASEGURO CEDIDO</b> |                                    |
| NOMBRE<br>GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | CLAVE<br>3525 | %PART<br>100.00         | NOMBRE COMPAÑIA<br>VALOR ASEGURADO |

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

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

**FIRMA TOMADOR**

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

RAMTORO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

Nº PÓLIZA: 994000000027 ANEXO: 7

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:8**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:

|                     |     |      |                       |                |     |      |       |                |     |      |       |                    |     |     |       |
|---------------------|-----|------|-----------------------|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|--------------------|-----|-----|-------|
| DIA                 | MES | AÑO  | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA                | MES | AÑO | HORAS |
| 18                  | 07  | 2022 |                       | 30             | 08  | 2021 | 23:59 | 30             | 08  | 2022 | 23:59 | 365                |     |     |       |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |      |                       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | VIGENCIA HASTA |     |      |       | FECHA DE IMPRESIÓN |     |     |       |
| A LAS               |     |      |                       | A LAS          |     |      |       | DIAS           |     |      |       | A LAS              |     |     |       |

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

TIPO DE MOVIMIENTO **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

|                    |     |      |       |                |     |      |       |                |     |     |       |      |
|--------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|-----|-------|------|
| DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO | HORAS | DIA  |
| 18                 | 07  | 2022 | 23:59 | 30             | 08  | 2022 | 23:59 | 43             |     |     |       |      |
| VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | VIGENCIA HASTA |     |     |       | DIAS |
| A LAS              |     |      |       | A LAS          |     |      |       | A LAS          |     |     |       |      |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

|                                     |                          |                                   |                  |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ ***** | GASTOS EXPEDICION:<br>\$*****0.00 | IVA:<br>\$ ***** | TOTAL A PAGAR:<br>\$ ***** |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|

|  |               |                         |                                    |
|--|---------------|-------------------------|------------------------------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>                           |               | <b>COASEGURO CEDIDO</b> |                                    |
| NOMBRE<br>GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | CLAVE<br>3525 | %PART<br>100.00         | NOMBRE COMPAÑIA<br>VALOR ASEGURADO |

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

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

**FIRMA TOMADOR**

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

RAMTORO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: 8

## DATOS DEL TOMADOR

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LA POLIZA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INCLUYENDO LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS EN VIRTUD DEL CONTRATO No. 8913800054 suscrito el 11 de Julio de 2011, entre NUEVA EPS S.A y LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, cuyo objeto contractual es PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD P.O.S. PARA LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y SUS BENEFICIARIOS) DE NUEVA EPS S.A. EN BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA DE LA REGIONAL SUROCCIDENTE, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO

CLIENTE

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:9**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:

|                     |     |      |                       |                |     |      |       |       |     |      |       |                |     |     |       |       |    |      |  |      |  |  |  |                    |  |  |  |
|---------------------|-----|------|-----------------------|----------------|-----|------|-------|-------|-----|------|-------|----------------|-----|-----|-------|-------|----|------|--|------|--|--|--|--------------------|--|--|--|
| DIA                 | MES | AÑO  | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA   | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO | HORAS |       |    |      |  |      |  |  |  |                    |  |  |  |
| 16                  | 08  | 2022 |                       | 30             | 08  | 2021 | 23:59 | 30    | 08  | 2022 | 23:59 | 365            |     |     |       | 08    | 04 | 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 **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

|                    |     |      |       |                |     |      |       |       |     |     |       |                |  |  |  |       |  |  |  |
|--------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|-------|-----|-----|-------|----------------|--|--|--|-------|--|--|--|
| DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA   | MES | AÑO | HORAS | DIA            |  |  |  |       |  |  |  |
| 16                 | 08  | 2022 | 23:59 | 30             | 08  | 2022 | 23:59 | 14    |     |     |       |                |  |  |  |       |  |  |  |
| VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | A LAS |     |     |       | VIGENCIA HASTA |  |  |  | A LAS |  |  |  |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO      |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

|                                     |                          |                                   |                  |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ ***** | GASTOS EXPEDICION:<br>\$*****0.00 | IVA:<br>\$ ***** | TOTAL A PAGAR:<br>\$ ***** |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|

|  |               |                         |                                    |
|--|---------------|-------------------------|------------------------------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>                           |               | <b>COASEGURO CEDIDO</b> |                                    |
| NOMBRE<br>GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | CLAVE<br>3525 | %PART<br>100.00         | NOMBRE COMPAÑIA<br>VALOR ASEGURADO |

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

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

**FIRMA TOMADOR**

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

RAMTORO 0

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: 9

## DATOS DEL TOMADOR

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:10**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:

|                     |     |      |       |                |     |      |       |                |     |      |       |                    |  |  |  |
|---------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|--------------------|--|--|--|
| DIA                 | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS |                    |  |  |  |
| 30                  | 08  | 2022 | 23:59 | 30             | 08  | 2023 | 23:59 | 08             | 04  | 2024 |       |                    |  |  |  |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |      |       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | VIGENCIA HASTA |     |      |       | FECHA DE IMPRESIÓN |  |  |  |

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

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

|                    |     |      |       |                |     |      |       |                |     |      |       |            |  |  |  |
|--------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|------------|--|--|--|
| DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS |            |  |  |  |
| 30                 | 08  | 2022 | 23:59 | 30             | 08  | 2023 | 23:59 | 30             | 08  | 2023 | 23:59 |            |  |  |  |
| VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | VIGENCIA HASTA |     |      |       | A LAS DIAS |  |  |  |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION AMPAROS                            | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

|   |  |   |                                 |  |
|---|--|---|---------------------------------|--|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ <b>*2,000,000,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br>\$ <b>*****176,299,200</b> | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ <b>****15,000.00</b> | IVA:<br>\$ <b>***33,499,698</b> | TOTAL A PAGAR:<br>\$ <b>*****209,813,898</b> |
|---|--|---|---------------------------------|--|

| INTERMEDIARIO                        |       |        | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|--------------------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE                               | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
| GARCÉS LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | 3525  | 100.00 |                  |       |                 |

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

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

**FIRMA TOMADOR**

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

RAMTORO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 10

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

TOMADOR: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA  
ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA  
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CRA 8 # 17-52 BUGA

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

VIGENCIA: 365 días, a partir del 30 de agosto de 2022 con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

### OBJETO DEL SEGURO:

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

### CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

### MODALIDAD DE COBERTURA:

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

### FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de AGOSTO 30 DE 2017, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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

### AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.

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

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

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

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

o Por Proceso: COP \$15.000.000.

o Por Evento: COP \$45.000.000.

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

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

### AMPAROS ADICIONALES:

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

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 10

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

" Extensión del Período de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

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

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

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

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

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

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

" Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

" Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

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

### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

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

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

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

" TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 10

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

### EXCLUSIONES:

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

- " Asegurado contra Asegurado.
- " Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
- " Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
- " Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
- " Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
- " Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
- " Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exqatur en Colombia.
- " Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
- " Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.
- " Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisa, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.
- " Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.
- " Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado.
- " Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.
- " EXCLUSION ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, Según texto.
- " EXCLUSION DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, Según texto.

### EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

- (i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
- (ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
- (iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.
- (iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000027 ANEXO: 10

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

ASEGURADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.380.054-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO DE LA POLIZA

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

### CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso de cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

### DEFINICIONES

#### A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

#### B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

#### C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

#### D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

#### E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

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

### AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

### GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

### DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

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

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

VALOR(ES) ASEGURADO: \$2.000.000.000\*\*

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:11**

|   |     |      |  |                       |     |      |       |                |     |      |       |                                       |     |     |  |                    |  |  |  |
|---|-----|------|--|-----------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|---------------------------------------|-----|-----|--|--------------------|--|--|--|
| AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CALI LIMONAR</b> |     |      |  | COD. AGE: 660         |     |      |       | RAMO: 88       |     |      |       | PAP:                                  |     |     |  |                    |  |  |  |
| DIA                                     | MES | AÑO  |  | DIA                   | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA                                   | MES | AÑO |  |                    |  |  |  |
| 31                                      | 08  | 2022 |  | 30                    | 08  | 2022 | 23:59 | 30             | 08  | 2023 | 23:59 | 365                                   | 08  | 04  |  |                    |  |  |  |
| FECHA DE EXPEDICIÓN                     |     |      |  | VIGENCIA DE LA PÓLIZA |     |      |       | VIGENCIA DESDE |     |      |       | VIGENCIA HASTA                        |     |     |  | FECHA DE IMPRESIÓN |  |  |  |
|   |     |      |  |                       |     |      |       | A LAS          |     |      |       | DÍAS                                  |     |     |  | A LAS              |  |  |  |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>     |     |      |  |                       |     |      |       |                |     |      |       | TIPO DE IMPRESIÓN: <b>REIMPRESION</b> |     |     |  |                    |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |       |  |  |  |                |  |  |  |       |  |  |  |      |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------|--|--|--|------|--|--|--|
| TIPO DE MOVIMIENTO <b>MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DIA            |  |  |  | MES   |  |  |  | AÑO            |  |  |  | HORAS |  |  |  | DÍAS |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 30             |  |  |  | 08    |  |  |  | 2022           |  |  |  | 23:59 |  |  |  | 30   |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | VIGENCIA DESDE |  |  |  | A LAS |  |  |  | VIGENCIA HASTA |  |  |  | A LAS |  |  |  |      |  |  |  |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION                                    | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          |         | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            |         | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     |         | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              |         | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

|                                     |                          |                                   |                  |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ ***** | GASTOS EXPEDICION:<br>\$*****0.00 | IVA:<br>\$ ***** | TOTAL A PAGAR:<br>\$ ***** |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|

|  |               |                         |                 |
|--|---------------|-------------------------|-----------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>                           |               | <b>COASEGURO CEDIDO</b> |                 |
| NOMBRE<br>GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | CLAVE<br>3525 | %PART<br>100.00         | VALOR ASEGURADO |

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

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

**FIRMA TOMADOR**

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

RAMTORO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: 11

## DATOS DEL TOMADOR

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE DEJA CONSTANCIA QUE LA POLIZA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INCLUYENDO LOS PACIENTES QUE SEAN ATENDIDOS EN VIRTUD DEL CONTRATO No. 8913800054 suscrito el 11 de Julio de 2011, entre NUEVA EPS S.A y LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, cuyo objeto contractual es PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD P.O.S. PARA LOS AFILIADOS (COTIZANTES Y SUS BENEFICIARIOS) DE NUEVA EPS S.A. EN BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA DE LA REGIONAL SUROCCIDENTE, MIENTRAS LA ATENCIÓN SE REALICE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6600832676**

**PÓLIZA No: 660 -88 - 99400000027 ANEXO:12**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI LIMONAR** COD. AGE: 660 RAMO: 88 PAP:

|                     |     |      |                       |                |     |      |       |       |     |      |       |                |     |     |       |       |    |      |  |      |  |  |  |                    |  |  |  |
|---------------------|-----|------|-----------------------|----------------|-----|------|-------|-------|-----|------|-------|----------------|-----|-----|-------|-------|----|------|--|------|--|--|--|--------------------|--|--|--|
| DIA                 | MES | AÑO  | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA   | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO | HORAS |       |    |      |  |      |  |  |  |                    |  |  |  |
| 31                  | 08  | 2022 |                       | 30             | 08  | 2022 | 23:59 | 30    | 08  | 2023 | 23:59 | 365            |     |     |       | 08    | 04 | 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 **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

|                |     |      |       |       |     |      |       |                |     |     |       |       |  |  |  |
|----------------|-----|------|-------|-------|-----|------|-------|----------------|-----|-----|-------|-------|--|--|--|
| DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA   | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO | HORAS | DIA   |  |  |  |
| 30             | 08  | 2022 | 23:59 | 30    | 08  | 2023 | 23:59 | 365            |     |     |       |       |  |  |  |
| VIGENCIA DESDE |     |      |       | A LAS |     |      |       | VIGENCIA HASTA |     |     |       | A LAS |  |  |  |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #17 - 52** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **6022391688**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **GUADALAJARA DE BUGA**

DIRECCION: **CARRERA 8 No. 17-52**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

| DESCRIPCION AMPAROS                            | SUMA ASEGURADA      | LIMITE POR EVENTO |
|--|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO          | \$ 2,000,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL            | 2,000,000,000.00    |                   |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA                       | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS                     | 2,000,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                              | 400,000,000.00      | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

|                                     |                          |                                   |                  |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ ***** | GASTOS EXPEDICION:<br>\$*****0.00 | IVA:<br>\$ ***** | TOTAL A PAGAR:<br>\$ ***** |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------|

|  |               |                         |                                    |
|--|---------------|-------------------------|------------------------------------|
| <b>INTERMEDIARIO</b>                           |               | <b>COASEGURO CEDIDO</b> |                                    |
| NOMBRE<br>GARCES LLOREDA Y CIA. S.A. CORREDORE | CLAVE<br>3525 | %PART<br>100.00         | NOMBRE COMPAÑIA<br>VALOR ASEGURADO |

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

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

**FIRMA TOMADOR**

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

RAMTORO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI LIMONAR

COD. AGENCIA: 660

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000027** ANEXO: 12

## DATOS DEL TOMADOR

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.380.054-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

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

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

**INTRODUCCIÓN**

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

**ARTÍCULO 1° - OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO**

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

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

**ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES**

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

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
2. DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN
7. INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
11. DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO, INCLUYENDO ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
12. CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
13. TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
14. TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 7 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/O HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
15. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, “BY-PASS” INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA



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

17. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.
18. TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD A LOS PACIENTES, DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.
19. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS DEL ASEGURADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA.
20. DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.
21. FALLOS DE TUTELA.
22. FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
23. FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA, ASÍ COMO AL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
24. RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
25. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, INCLUIDOS LOS DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL.
26. DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
27. RESPONSABILIDAD PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO



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

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

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

**30. ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.**

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

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

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

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

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

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

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

**38. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

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

40. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
42. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
43. DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
44. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
45. USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.
48. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AUN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS.

SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

49. ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.
50. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
51. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.
52. QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.
53. CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL

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

54. LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
55. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
56. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SALVO QUE CONSTE ACUERDO EXPRESO EN CONTRARIO.
57. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

### **ARTÍCULO 3° - ALCANCE DE LA COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA**

CADA UNA DE LAS SECCIONES SEÑALADAS A CONTINUACIÓN DESCRIBE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE SE OTORGA, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

#### **SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO**

##### **1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA**

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

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

- 1.2 LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A PACIENTES COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL PARAMÉDICO VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON

AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y ACTUANDO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS, MIENTRAS DICHOS PACIENTES ESTÉN SIENDO TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, SIEMPRE QUE TALES AMBULANCIAS SEAN DE PROPIEDAD DE LA INSTITUCIÓN O ÉSTA DEBA LEGALMENTE RESPONDER POR ELLAS EN VIRTUD DE SU TENENCIA Y CONTROL PERMANENTES.

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

## **2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**

**2.1.** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS PREDIOS SE ENCUENTREN MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

**2.2.** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, SIEMPRE Y CUANDO TALES APARATOS Y EQUIPOS SEAN DIFERENTES A LOS QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA Y, ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

**2.3.** LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A UNA RECETA MÉDICA, ELLA CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS, HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE LOS MEDICAMENTOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y OCACIONEN LESIONES CORPORALES; SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

**2.4. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TALES COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYAN SIDO ELABORADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, Y LA INSTITUCIÓN CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS, LOS HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y OCASIONEN LESIONES CORPORALES; SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.**

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

### **3. GASTOS DE DEFENSA**

LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN TÁCITA DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

#### **3.1. HONORARIOS DE DEFENSA**

HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

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

EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA, SI LA HUBIERE.

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

PARA QUE OPERE ESTA COBERTURA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A LA COMPAÑÍA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, TALES COMO PERO NO LIMITADAS A LAS SIGUIENTES:

**3.1.1. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO.**

**3.1.2. CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.**

**3.1.3. CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.**

### **3.2. COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES**

GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCER DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCIÓN GENERA, EL CUAL SE PAGARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

### **3.3. COSTAS DEL PROCESO**

AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR EL ASEGURADO CUANDO LA SENTENCIA DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA RESULTE DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE LA COMPAÑÍA. LO ANTERIOR SALVO QUE LA CAUSAL DE RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA, PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE LA COMPAÑÍA.

SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EXCEDE EL LÍMITE ASEGURADO, LA COMPAÑÍA SÓLO RESPONDERÁ POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

## **SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES**

MEDIANTE ACUERDO EXPRESO ENTRE LAS PARTES Y SUJETO A QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA PRIMA ADICIONAL ACORDADA, ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR:

### **1. PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES**

LA PRESENTE COBERTURA DARÁ DERECHO AL ASEGURADO, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DE EXTENDER LA COBERTURA HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O FORMULEN CONTRA EL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ, CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO LOS PRESTADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA.

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA.

EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN REINSTALAMIENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA IMPLICA LA CONDICIÓN PREVIA QUE SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, Y SE PAGUE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO.

SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDO LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DEL ASEGURADO, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, LA COMPAÑÍA:

**1.1. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.**

**1.2. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.**

**1.3. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO EXTENDIDO OTORGADO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.**

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO, INCLUIDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

## **2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA CAUSADA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS.**

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE CONTEMPLA LA PÓLIZA, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INSTITUCIONAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES COMETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA, EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS., Y QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PALIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

## **3. POSESIÓN Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALES**

NO OBSTANTE, LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES, MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE

SEAN DECLARADOS RESPONSABLES COMO RESULTADO DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE:

**3.1. EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO**

- 3.1.1. EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA.
- 3.1.2. EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER).
- 3.1.3. EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA.
- 3.1.4. EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER.

**3.2. EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.**

PARA QUE SE OTORQUE ESTA COBERTURA ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

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

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

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

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL PERJUICIO PATRIMONIAL QUE EL ASEGURADO DEBA INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEA DECLARADO RESPONSABLE, ORIGINADA EN LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL CONFORME A FORMULA MÉDICA Y, ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO LA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACIÓN CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

**5. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS**

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTA COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES CAUSADOS

POR MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 3 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.2 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, Y/O PERSONAL DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN, QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, SIEMPRE Y CUANDO LOS PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA DERIVADA DEL USO DE SUS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES Y NO ESPECIALES Y/O PERSONAL DE APOYO POR PARTE DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES.

#### **6. AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS**

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

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

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

#### **7. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES**

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL ASEGURADO, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN CORPORAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PRESENTE PALIZA.

#### **ARTÍCULO 4° - UNIDAD DE EVENTO**

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

PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA LA RECLAMACIÓN DE UNA PÉRDIDA SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR PRIMERA VEZ POR LA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADO EN LA FECHA EN QUE ÉSTE HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES, SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

CUANDO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS HAYAN DADO AVISO A LA COMPAÑÍA DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN, SI TAL RECLAMACIÓN LLEGARE EFECTIVAMENTE A FORMULARSE CONTRA LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR ÉSTA EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE FUE DADO EL AVISO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.

## ARTÍCULO 5° - RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

### A. LÍMITE POR EVENTO

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ES EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO, EN RELACIÓN CON TODOS LOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES AMPARADOS POR LA PÓLIZA.

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE POR EVENTO.

DICHAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARÁN PRESENTADAS POR PRIMERA VEZ EN LA FECHA EN QUE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES HAYA SIDO PRESENTADA SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA. EN TODO CASO, EL CONJUNTO DE RECLAMACIONES NO ESTARÁ CUBIERTO SI ES ANTERIOR A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA.

ASÍ MISMO, LA SERIE DE ACTOS MÉDICOS QUE SON O ESTÁN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA, SITUACIÓN O EVENTO, SE CONSIDERARÁN UN MISMO ACTO, Y CONSTITUIRÁN UN SOLO DAÑO Y/O GASTOS LEGALES, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE RECLAMANTES Y/O RECLAMACIONES FORMULADAS. LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR DICHOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES, NO EXCEDERÁ EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

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

CUANDO EN UNA CLÁUSULA O AMPARO ADICIONAL SE ESTIPULE UN SUBLÍMITE POR PERSONA O POR EVENTO O POR VIGENCIA, TAL SUBLÍMITE SERÁ EL LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN QUE SE LE APLIQUE A DICHA COBERTURA, EL CUAL HARÁ PARTE DE LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA.

### B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, COSTAS, GASTOS, INTERESES Y HONORARIOS DERIVADOS DE TODOS LOS RECLAMOS A CONSECUENCIA DE DISTINTOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES Y/O EVENTOS, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; NO EXCEDERÁ DEL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

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

## ARTÍCULO 6° - LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

- A. PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO DE QUE HABRÍAN DE SER INICIADAS EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS

DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

DE OTORGARSE EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES DESCRITO EN LA NUMERAL 1 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

- B. PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

#### **ARTÍCULO 7° - BASES PARA EL CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN**

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA, EL IMPORTE BASE DE LA INDEMNIZACIÓN BAJO LOS ALCANCES DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA CORRESPONDERÁ A:

- A. LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO HAYA EFECTIVAMENTE PAGADO A TERCEROS EN VIRTUD DE UNA SENTENCIA JUDICIAL EJECUTORIADA O DE UNA TRANSACCIÓN EXPRESAMENTE AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.
- B. EL MONTO PAGADO POR CONCEPTO DE COSTAS Y GASTOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES A QUE FUERA SENTENCIADO EL ASEGURADO EN EL MISMO JUICIO MENCIONADO EN EL LITERAL ANTERIOR.
- C. LOS HONORARIOS Y GASTOS PAGADOS POR EL ASEGURADO A LOS ABOGADOS QUE HUBIEREN PARTICIPADO EN SU DEFENSA JUDICIAL, EN LA MEDIDA QUE LA COMPAÑÍA HAYA APROBADO LA DESIGNACIÓN DE LOS ABOGADOS Y LAS CONDICIONES DE SU CONTRATACIÓN.
- D. LOS PAGOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS, A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, U OTROS, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA.

EL IMPORTE RESULTANTE DE LA SUMATORIA DE A, B, C Y D, INCLUYENDO LOS INTERESES LEGALES QUE CORRESPONDAN, MÁS LOS GASTOS PAGADOS DIRECTAMENTE POR LA COMPAÑÍA A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, ABOGADOS, ASESORES, U OTROS, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. CUALQUIER EXCESO SERÁ DE CARGO DEL ASEGURADO.

#### **ARTÍCULO 8° - DEDUCIBLE**

LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

#### **ARTÍCULO 9° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN:**

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE

PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

1. DAR NOTICIA A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, LA RECLAMACIÓN O LA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.
2. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA.
3. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE LA COMPAÑÍA, Y MANTENER A LA COMPAÑÍA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS, ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.
4. SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN RELATIVA A:
  - 4.1. LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO POR LAS CUALES EL ASEGURADO TUVO CONOCIMIENTO POR PRIMERA VEZ DE LA POSIBLE RECLAMACIÓN.
  - 4.2. LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS
  - 4.3. LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO
  - 4.4. LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO,
  - 4.5. LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.
5. NO ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
6. INFORMAR A LA COMPAÑÍA, DE LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACIÓN DE LA ASEGURADORA Y DE LA SUMA ASEGURADA DE LOS MISMOS. EL INCUMPLIMIENTO MALICIOSO DE LA OBLIGACIÓN DE DECLARAR SEGUROS COEXISTENTES, CONLLEVARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO CONFORME LO PRECEPTUADO EN EL ARTÍCULO 1076 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

#### **ARTÍCULO 10° - DERECHOS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO**

CUANDO OCURRA UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PODRÁ:

1. COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MÉDICA Y ECONÓMICAMENTE LOS DAÑOS CORPORALES SUFRIDOS POR EL PACIENTE, PARA DETERMINAR LA CAUSA Y SECUELAS DE LOS MISMOS, PARA LO CUAL PODRÁ DESIGNAR UNO O MÁS EXPERTOS, EXAMINAR LA PRUEBA INSTRUMENTAL Y REALIZAR LAS INDAGACIONES NECESARIAS.

2. INFORMARSE DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS O JUDICIALES MOTIVADAS O RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO, O CONSTITUIRSE EN PARTE EN EL PROCESO CIVIL, PENAL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL.
3. PRACTICAR AUDITORIA MÉDICO-LEGAL DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, ASÍ COMO DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
4. BENEFICIARSE CON TODOS LOS DERECHOS, EXCEPCIONES Y ACCIONES QUE FAVOREZCAN AL ASEGURADO Y LIBERARSE DE RESPONSABILIDAD EN LA MISMA PROPORCIÓN EN QUE SE LIBERE EL ASEGURADO.

LAS FACULTADES CONFERIDAS A LA COMPAÑÍA POR ESTA CONDICIÓN PODRÁN SER EJERCIDAS POR ELLA EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS EL ASEGURADO, EL PACIENTE O SUS CAUSAHABIENTES NO HAYAN RENUNCIADO A CUALQUIER RECLAMACIÓN.

#### **ARTÍCULO 11° – DEFENSA**

LA COMPAÑÍA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL NUMERAL 3.1 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

SI LA COMPAÑÍA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBERÁ REEMBOLSAR A LA COMPAÑÍA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

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

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

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO LA COMPAÑÍA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DEL ASEGURADO, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTE EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE EL ASEGURADO PUEDA NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

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

## **ARTÍCULO 12° - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO QUEDARÁN PRIVADOS DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTO; SI EN APOYO DE ELLA, SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SI SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.
2. CUANDO AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO OMITEN MALICIOSAMENTE INFORMAR DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES E INTERESES ASEGURADOS.
3. CUANDO RENUNCIEN A SUS DERECHOS CONTRA LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

## **ARTÍCULO 13° - COEXISTENCIA DE SEGUROS**

EN CASO DE QUE EL AMPARO OTORGADO POR ESTA PÓLIZA CONCURRA CON EL OTORGADO POR OTRAS PÓLIZAS QUE AMPAREN EL MISMO RIESGO, LA COMPAÑÍA SÓLO SERÍA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN EXCESO DEL MONTO CUBIERTO POR LOS DEMÁS SEGUROS CONTRATADOS. EN EL EVENTO DE EXISTIR EN DICHAS PÓLIZAS UNA CLÁUSULA EN EL SENTIDO AQUÍ EXPRESADO, SE APLICARÁN LAS REGLAS REFERENTES A LA COEXISTENCIA DE SEGUROS, PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1.092 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CON ARREGLO A LAS CUALES, LOS DIVERSOS ASEGURADORES DEBERÁN SOPORTAR LA INDEMNIZACIÓN EN PROPORCIÓN A LA CUANTÍA DE SUS RESPECTIVOS CONTRATOS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ACTUADO DE BUENA FE.

## **ARTÍCULO 14° - PAGO DEL SINIESTRO**

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO O AL BENEFICIARIO CUALQUIER MONTO DEBIDO BAJO ESTA PÓLIZA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, EN UN TODO DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1077 Y 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

## **ARTÍCULO 15° - SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN**

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1096 A 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

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

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

## **ARTÍCULO 16° - DISTRIBUCIÓN**

EN EL EVENTO EN QUE UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, DE LUGAR A UN DAÑO CUBIERTO Y AL MISMO TIEMPO UN DAÑO NO CUBIERTO, EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA DISTRIBUIRÁN DICHO

DAÑO Y GASTOS LEGALES EN LA MISMA PROPORCIÓN EN LA QUE SE DISTRIBUYA LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE LAS PARTES.

CUALQUIER DISTRIBUCIÓN O ANTICIPO DE GASTOS LEGALES EN RELACIÓN CON UNA RECLAMACIÓN NO CREARÁ PRESUNCIÓN ALGUNA RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE OTRO DAÑO ORIGINADO POR DICHA RECLAMACIÓN.

SI EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA NO LOGRAREN LLEGAR A UN ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS GASTOS LEGALES QUE DEBEN SER DESEMBOLSADOS PARA LA ATENCIÓN DE DICHA RECLAMACIÓN, LA COMPAÑÍA SUMINISTRARÁ LOS GASTOS LEGALES QUE CONSIDERE RAZONABLEMENTE CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA HASTA QUE SE ACUERDE O SE DETERMINE UNA DISTRIBUCIÓN DIFERENTE. UNA VEZ ACORDADA O DETERMINADA LA DISTRIBUCIÓN DE GASTOS LEGALES, ESTOS SERÁN APLICADOS DE MANERA RETROACTIVA A TODOS LOS GASTOS LEGALES YA INCURRIDOS EN RELACIÓN CON DICHA RECLAMACIÓN.

CUANDO FUEREN VARIAS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS INVOLUCRADOS EN UN PROCESO, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DETERMINARÁ CÓMO DEBE DISTRIBUIRSE ENTRE ELLOS EL LÍMITE ASEGURADO PARA LOS GASTOS LEGALES.

#### **ARTÍCULO 17° - AUDITORÍA E INSPECCIÓN**

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

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

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

#### **ARTÍCULO 18° - REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA**

EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR LA COMPAÑÍA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL **ASEGURADO**, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE SESENTA (60) DÍAS COMUNES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA COMPAÑÍA.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA SE CALCULARÁ A PRORRATA SOBRE LA VIGENCIA EFECTIVA DEL SEGURO MÁS UN RECARGO DEL 10% DE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA Y LA ANUAL.

#### **ARTÍCULO 19° - PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN**

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, EL TOMADOR DEBERÁ PROPORCIONAR A LA COMPAÑÍA, POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA PÓLIZA, LA SOLICITUD DE SEGURO JUNTO CON LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. CON BASE EN EL ESTUDIO DE ESTA

INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA DETERMINARÁ LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA NUEVA VIGENCIA.

#### **ARTÍCULO 20° - FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD**

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

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

#### **ARTÍCULO 21° - DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO**

EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR LA COMPAÑÍA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA, LA HUBIESEN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO LA COMPAÑÍA SOLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTA CONDICIÓN NO SE APLICAN SI LA COMPAÑÍA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

#### **ARTÍCULO 22° - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO**

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE, CONFORME AL CRITERIO CONSIGNADO EN EL INCISO PRIMERO DE LA CONDICIÓN DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL.

LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR. SI LE ES EXTRAÑA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE PREVISTOS, LA COMPAÑÍA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. PERO SÓLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

ASÍ MISMO, EL TOMADOR O EL ASEGURADO PODRÁN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO NOTIFICAR TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DISMINUYAN EL RIESGO, DEBIENDO POR TANTO LA COMPAÑÍA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA SEGUNDA LA TARIFA CORRESPONDIENTE POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

#### **ARTÍCULO 23° - DISPOSICIONES LEGALES**

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES, LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS POR ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SE REGISTRÁN POR LO PRESCRITO EN EL TÍTULO V DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

#### **ARTÍCULO 24° - NOTIFICACIONES**

TODA INFORMACIÓN O DECLARACIÓN QUE DEBA ENTREGAR O HACER CUALQUIERA DE LAS PARTES EN DESARROLLO DE ESTE CONTRATO DEBERÁ REALIZARSE POR ESCRITO Y SER ENVIADA A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA DE LA OTRA PARTE, SIN PERJUICIO DE LO DICHO EN EL NUMERAL 1 DEL ARTÍCULO 9° DE LA PRESENTE, EN LO QUE CONCIERNE AL AVISO DE SINIESTRO.

#### **ARTÍCULO 25° - GARANTÍAS**

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

1. QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO CONVERTIRÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.
2. QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:
  - 2.1. APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN N°.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES O QUE LA MODIFIQUEN, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, CON LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.
  - 2.2. IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN

PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNESIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- 2.3. VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL (ES) INTERVINIENTE(S).
  - 2.4. MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
  - 2.5. CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).
3. EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.
  4. ENTREGAR A LA COMPAÑÍA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
  5. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
  6. COOPERAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
  7. PRESTAR A LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
  8. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIME NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLE TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERA.



9. PERMITIR A LA COMPAÑÍA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
10. NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
11. CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.
12. MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.
13. DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, LA COMPAÑÍA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:
  - 13.1. QUE ACORDARÁN CON LA COMPAÑÍA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.
  - 13.2. QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A LA COMPAÑÍA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.
  - 13.3. QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.
  - 13.4. QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

#### **Términos y Definiciones**

##### **Asegurado o Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados**

Son los establecimientos médicos asistenciales que prestan el servicio médico de salud, sea persona de derecho público o privado, declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en las condiciones particulares de la póliza.

##### **Tomador o Institución Tomadora.**

Es la persona jurídica que se designa en las condiciones particulares de esta póliza.

##### **Beneficiario.**

Dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

##### **Tercero.**

Es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:

- Personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de
- Salud asegurados.
- Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
- Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes

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

#### **Paciente.**

Es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.

#### **Acto médico.**

Es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

#### **Hecho Dañino.**

Es el hecho generador de daños materiales o lesiones corporales.

#### **Daño Material.**

Es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

#### **Lesión Corporal.**

Es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

#### **Reclamación:**

- A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- B. La notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- C. la notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

#### **Servicios Profesionales en la Atención de la Salud de los Pacientes**

Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

#### **Pretensión Indemnizatoria.**

Es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.

#### **Fecha de Retroactividad**

Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o eventos. esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y la compañía. en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.

#### **Guerra**

Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o conmoción civil, levantamiento, poder militar o usurpado.

#### **Terrorismo**

Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

