

Señores

JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO MIXTO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BUENAVENTURA (VALLE DEL CAUCA)

j01admbtura@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 76-109-33-33-001-2024-00046-00
DEMANDANTE: ANA GLADYS POTES LOJAS Y OTROS
DEMANDADO: CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO LTDA Y OTROS
EN GARANTÍA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, sin ánimo de lucro, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la calle 100 No. 9 A - 45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con el NIT. 860.524.654 – 6, representada legalmente por la Doctora **MARÍA YASMITH HERNÁNDEZ MONTOYA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.264.817, conforme se acredita con el poder y certificado de existencia y representación legal que obra en el expediente; encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** impetrada por la señora **ANA GILDYS POTES LOJAS Y OTROS** en contra de la **CLÍNICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO DE BUENAVENTURA VALLE** y, en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la entidad en mención, 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, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho tanto en la demanda como en el llamamiento en garantía, en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR LA DEMANDA

El 23 de octubre de 2024, el **JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO MIXTO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BUENAVENTURA (VALLE DEL CAUCA)** notificó por Estado el Auto Interlocutorio No. 1291 del diecisiete (17) de octubre de dos mil veinticuatro (2024), por medio del cual se admitió el llamamiento en garantía respecto de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, concediéndole el término de quince (15) días para contestar.

El día 23 de octubre de 2024, por medio de correo electrónico, el despacho notificó personalmente a mi representada del auto que admitió el llamamiento en garantía.

El artículo 199 del C.P.A.C.A., modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, dispone *“El traslado o los términos que conceda el auto notificado solo se empezarán a contabilizar a los dos (2) días hábiles siguientes al del envío del mensaje y el término respectivo empezará a correr a partir del día siguiente”*. Conforme a lo anterior, los días 24 y 25 de octubre de 2024, corresponde a los días mencionados.

El término de traslado de quince (15) días para contestar se surte los días 28, 29, 30 y 31 de octubre de 2024 y los días 01, 05, 06, 07, 08, 12, 13, 14, 15, 18 y **19 de noviembre de 2024**, por lo que se concluye que este escrito es presentado dentro del término previsto para tal efecto.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria del registro civil de nacimiento de los demandantes en mención donde consta su relación de parentesco con el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.). En cuanto a la actividad laboral que presuntamente desempeñaba el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) deberá probarse.

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

Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria del registro civil de matrimonio donde consta el vínculo de la señora Ana Gladys Potes Lojas y el señor Johan Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), y del registro civil de nacimiento de los demandantes en mención donde consta su relación de parentesco con el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.). Por otra parte, frente al demandante Juan Sebastián Potes Lojas, no obra ninguna prueba en el expediente que acredite que haya convivio sobre su techo y autoridad como padre, con el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.). En cuanto a la actividad laboral que presuntamente desempeñaba el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) deberá probarse.

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

FRENTE AL HECHO CUARTO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta que fue ingresado a la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO por accidente, el día 17 de mayo de 2022. De igual manera, como lo refiere el apoderado del extremo actor, en la historia clínica referida consta que el paciente presentó fractura de radio izquierdo y escoriaciones en la rodilla derecha, y no sufrió trauma craneoencefálico.

FRENTE AL HECHO QUINTO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta que fue ingresado a la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO el día 17 de mayo de 2022.

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

Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta que fue ingresado a la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO el día 17 de mayo de 2022. Ahora bien, lo respectivo a la falta de indagación frente al mecanismo del accidente se trata de apreciaciones subjetivas de la parte actora que no ha probado, comoquiera que en la historia clínica no se dejó constancia de ello. Sin embargo, se aclara que en la historia clínica se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la conducta médica a seguir.

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

Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta que fue ingresado a la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO el día 17 de mayo de 2022. Ahora bien, se aclara que en la historia clínica se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la conducta médica a seguir, no

obstante, este no arrojó ningún hallazgo ni se evidenció ninguna sintomatología que permitiera a los galenos sospechar del supuesto trauma craneoencefálico, sufrido por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), que refiere la parte demandante.

En cuanto a las subsiguientes afirmaciones, son simples apreciaciones subjetivas del apoderado del extremo actor sin ningún soporte factico ni jurídico, por medio de las cuales pretende demostrar un supuesta falla en el servicio médico prestado, sin embargo, como se encuentra acreditado a partir de la historia clínica y demás pruebas que obran en el expediente, los galenos de CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO obraron de manera oportuna, perita y con apego a los más altos estándares de la *lex artis* en la atención medica brindada al señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

Sobre el particular, se precisa que en la historia clínica del paciente, se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la conducta médica a seguir, no obstante, este no arrojó ningún hallazgo ni se evidenció ninguna sintomatología que permitiera a los galenos sospechar del supuesto trauma craneoencefálico sufrido por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

Lo anterior, incluso acorde con la “guía de manejo de urgencias” que cita el apoderado del extremo actor, teniendo en cuenta que al examen físico el paciente no presentaba **perdida de conciencia ni sospecha de fractura en el cráneo**, por tal motivo, en la historia clínica se registró en el ítem de observaciones de la nota de enfermería del 17 de mayo de 2022: “NORMOCEFALICO, SIN LESIONES”.

EXAMEN FISICO		
PROFESIONAL:HERBERTH CAMPO CORDOBA		FECHA:2022-05-17
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
General (12)	NORMAL	TA:mmHg FC:LPM FR:RPM SaO2: 98 FIO2 0.21 T: ° ALERTA,APARENTEMENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NORMOCEFALICO, SIN LESIONES, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA,OTOSCOPIA SIN ALTERACIONES, FOSAS NASALES PERMEABLES, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, MURMULLO VESICULAR SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION , NO MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTROFICAS, CON DOLOR,DEFORMIDAD EN EL TERCIO DISTAL DEL ANTEBRAZO, MARCADA LIMITACION FUNCIONAL.PULSOS PRESENTES LLENADO CAPILAR < 2SEG. NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. GLASGOW 15/15.

Quiere decir lo anterior, que los galenos si realizaron de manera adecuada el protocolo médico en la atención brindada al señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

FRENTE AL HECHO OCTAVO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta el diagnóstico arrojado por los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

FRENTE AL HECHO NOVENO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta el tratamiento y procedimientos empleados por los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

Ahora bien, se aclara que en la historia clínica se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la conducta médica a seguir, no obstante, este no arrojó ningún hallazgo ni se evidenció ninguna sintomatología que permitiera a los galenos sospechar del supuesto trauma craneoencefálico sufrido por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), que refiere la parte demandante.

FRENTE AL HECHO DECIMO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta el tratamiento y procedimientos empleados por los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

Ahora bien, se aclara que en la historia clínica se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la conducta médica a seguir, no obstante, este no arrojó ningún hallazgo ni se evidenció ninguna sintomatología que permitiera a los galenos sospechar del supuesto trauma craneoencefálico sufrido por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), que refiere la parte demandante.

FRENTE AL HECHO DECIMO PRIMERO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta el tratamiento y procedimientos empleados por los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

Ahora bien, se aclara que en la historia clínica se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la

conducta médica a seguir, no obstante, este no arrojó ningún hallazgo ni se evidenció ninguna sintomatología que permitiera a los galenos sospechar del supuesto trauma craneoencefálico sufrido por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), que refiere la parte demandante.

Además, no es cierto como lo señala el apoderado del extremo actor, que fueran evidentes o que se pudieran observar a simple vista las supuestas falencias en otras estructura del cuerpo diferentes a la fractura de radio, pues como se ha reiterado, el paciente ni siquiera presentaba lesiones a nivel craneal o síntomas como dolor de cabeza, mareos, visión borrosa, entre otros.

FRENTE AL HECHO DECIMO SEGUNDO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta el tratamiento y procedimientos empleados por los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

Ahora bien, se aclara que en la historia clínica se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la conducta médica a seguir, no obstante, este no arrojó ningún hallazgo ni se evidenció ninguna sintomatología que permitiera a los galenos sospechar del supuesto trauma craneoencefálico sufrido por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), que refiere la parte demandante. Y es que la misma anotación de la historia clínica que cita el apoderado del extremo actor, indica que el paciente ingresó “consciente - orientado”, lo que permite concluir que no presentaba signos evidentes o palmarios de afectaciones neurológicas o traumatismos en la cabeza.

FRENTE AL HECHO DECIMO TERCERO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta el tratamiento y procedimientos empleados por los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

Ahora bien, se aclara que en la historia clínica se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la conducta médica a seguir, no obstante, este no arrojó ningún hallazgo ni se evidenció ninguna sintomatología que permitiera a los galenos sospechar del supuesto trauma craneoencefálico sufrido por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), que

refiere la parte demandante. Ahora, no se puede llegar al absurdo de exigir al personal medico que ante una situación de urgencia, realice un estudio de todas las estructuras del cuerpo y posibles afectaciones del paciente, pues estas pueden ser múltiples. Por eso, los galenos deben seguir una protocolos que, en este caso, inició con el examen físico a partir del cual se determinó la conducta a seguir, sin que este arrojava sospecha de trauma craneoencefálico.

FRENTE AL HECHO DECIMO CUARTO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta el tratamiento y procedimientos empleados por los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

FRENTE AL HECHO DECIMO QUINTO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta la nota de enfermería referida, en la cual consta que el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) sufre un paro cardiaco. **Circunstancia que se aclara, fue de manera súbita e imprevisible para los galenos.**

FRENTE AL HECHO DECIMO SEXTO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta la nota de enfermería referida en este hecho.

FRENTE AL HECHO DECIMO SEPTIMO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) donde consta la nota de enfermería referida en este hecho.

Ahora bien, se aclara que en la historia clínica se encuentra acreditado que los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO siguieron el protocolo acorde con la condición medica del paciente al realizar de manera integral el examen físico para determinar la conducta médica a seguir, no obstante, este no arrojó ningún hallazgo ni se evidenció ninguna sintomatología que permitiera a los galenos sospechar del supuesto trauma

craneoencefálico, sufrido por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), que refiere la parte demandante.

En cuanto a las subsiguientes afirmaciones, son simples apreciaciones subjetivas del apoderado del extremo actor sin ningún soporte factico ni jurídico, por medio de las cuales pretende demostrar un supuesta falla en el servicio médico prestado, sin embargo, como se encuentra acreditado a partir de la historia clínica y demás pruebas que obran en el expediente, los galenos de CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO obrando de manera oportuna, perita y con apego a los más altos estándares de la *lex artis* en la atención medica brindada al señor Johan Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

FRENTE AL HECHO DECIMO OCTAVO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del Hospital Universitario el Valle donde consta la atención prestada al señor Johan Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

Ahora bien, se precisa que la nota de enfermería citada por el apoderado del extremo actor indica en lo que respecta al TAC de cráneo: *“múltiples focos de isquemia que sugiere SD, de bajo gasto por posible antecedente paro cardiorrespiratorio”*. Lo que, para nada concluye que la muerte encefálica haya sido producto de un trauma craneoencefálico.

FRENTE AL HECHO DECIMO NOVENO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del Hospital Universitario el Valle donde consta la atención prestada al señor Johan Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

En cuanto a las subsiguientes afirmaciones, son simples apreciaciones subjetivas del apoderado del extremo actor sin ningún soporte factico ni jurídico, por medio de las cuales pretende demostrar un supuesta falla en el servicio médico prestado, sin embargo, como se encuentra acreditado a partir de la historia clínica y demás pruebas que obran en el expediente, los galenos de CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO obrando de manera oportuna, perita y con apego a los más altos estándares de la *lex artis* en la atención medica brindada al señor Johan Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

FRENTE AL HECHO VIGESIMO: No le consta a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. lo narrado por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. A la parte actora es a la que le corresponde probarlo a través de los medios de prueba pertinentes y/o conducentes para tal efecto. Sin embargo, obra en el expediente prueba sumaria de la historia clínica del Hospital Universitario el Valle donde consta la atención prestada al señor

Johan Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), de igual manera obra el informe de necropsia donde se determina la causa de fallecimiento de paciente.

FRENTE AL HECHO VIGESIMO PRIMERO: No es un hecho, lo enunciado en este hecho son simples apreciaciones subjetivas del apoderado del extremo actor sin ningún soporte factico ni jurídico, por medio de las cuales pretende demostrar un supuesta falla en el servicio médico prestado, sin embargo, como se encuentra acreditado a partir de la historia clínica y demás pruebas que obran en el expediente, los galenos de CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO obrando de manera oportuna, perita y con apego a los más altos estándares de la *lex artis* en la atención medica brindada al señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

FRENTE AL HECHO DECIMO SEGUNDO: No es un hecho, lo enunciado en este hecho son simples apreciaciones subjetivas del apoderado del extremo actor sin ningún soporte factico ni jurídico, por medio de las cuales pretende demostrar un supuesta falla en el servicio médico prestado, sin embargo, como se encuentra acreditado a partir de la historia clínica y demás pruebas que obran en el expediente, los galenos de CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO obrando de manera oportuna, perita y con apego a los más altos estándares de la *lex artis* en la atención medica brindada al señor Johan Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.).

2. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Comedidamente, manifiesto señor Juez que **ME OPONGO** a la totalidad de las pretensiones de la demanda y solicito negarlas, teniendo en cuenta las circunstancias que se expondrán a lo largo del presente escrito que confirman que la gestión prestada por los galenos de la **CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.** fue totalmente diligente, con aplicación de los protocolos médicos, la “lex artis” y con apego a los procedimientos médicos comúnmente aceptados por la ciencia médica para proveer una atención adecuada al señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.), lo cual se evidencia en la historia clínica donde se registra que los galenos realizaron todos los estudios diagnósticos y procedimientos requeridos por el paciente. Sin embargo, por un evento imprevisible y debido al grave estado de salud, el paciente falleció, razón por la cual el daño alegado no es imputable al asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA (PRETENSIÓN DECLARATIVA): ME OPONGO a la declaración de responsabilidad que pretende la parte actora atribuir a la entidad demandada, **CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.**, Lo anterior, debido a que, como se acredita con el material probatorio recaudado hasta esta instancia, no existe ningún fundamento para atribuir el daño reclamado al **CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.** Conforme se encuentra registrado en la historia clínica, los actos médicos desarrollados por el personal que trató al señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.) se ajustaron a los protocolos exigidos para este tipo de eventos médicos, por lo que la labor de los galenos se desarrolló en debidos términos.

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

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

FRENTE A LA PRETENSIÓN A) PERJUICIOS MORALES: ME OPONGO a esta pretensión debido a que el hecho del cual se deriva no es fáctica ni jurídicamente imputable al asegurado a la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO. En todo caso, frente al demandante JUAN SEBASTIAN POTES no se encuentra probado el alegado perjuicio, en cuanto no se aportó prueba del parentesco con el señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.) y ni siquiera de la existencia de una relación afectiva. Adicionalmente, la tasación propuesta por el extremo actor desconoce los baremos establecidos por el máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en caso de muerte. Lo anterior, sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad.

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

FRENTE AL DAÑO EMERGENTE: ME OPONGO toda vez que, frente al supuesto daño emergente, no se allegó ninguna prueba, siquiera sumaria, de los gastos que presuntamente sufrió o que sufrirá la parte actora por concepto de servicios de un profesional en psicología o psiquiatría que los ayude a recuperar su salud emocional por el fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.), teniendo en cuenta que no se aportó ninguna prueba documental o de otra índole que acredite el supuesto daño sufrido por los demandantes, diferente al duelo propio del fallecimiento de su familiar, el cual ya fue solicitado en la modalidad de daño moral y tampoco se aportó ninguna prueba que al menos permite inferir su causación y cuantía de estas, aunado al que la parte actora ni siquiera cuantifica el supuesto perjuicio.

Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite el perjuicio alegado, por lo cual se convierten en suposiciones infundadas que deberán ser negadas por el juzgador, pues no es esta permitido suponerlas.

FRENTE AL LUCRO CESANTE: ME OPONGO: Por su parte, para solicitar el reconocimiento del lucro cesante en materia administrativa en caso de fallecimiento, es necesario que se acredite la ganancia dejada de percibirse como consecuencia del hecho dañoso y, esencialmente, que el solicitante dependía económicamente del causante o al

menos que tenía una expectativa real y cierta de ser beneficiario de una ayuda económica por parte de este. Lo anterior, de conformidad con la vasta jurisprudencia del Consejo de Estado según la cual el lucro cesante no se presume respecto de la compañera permanente, padres o hermanos del fallecido, por lo tanto, este perjuicio debe quedar plenamente probado dentro del proceso. Sin embargo, revisada las pruebas que obran en el expediente ninguna acreditada que los señores ANA GLADYS POTES LOJAS (esposa), JOSE RAMON VERGARA POTES y MARLENY DEL CAREMN HERNANDEZ COLORADO (padres de la víctima), JIMY STEVEL VERGARA HERNANDEZ y ANA SOFIA VERGARA HERNANDEZ (hermanos de la víctima) dependieran económicamente del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.) y/o de que tuvieran una expectativa de ser beneficiarios de una ayuda económica por parte de este, razón suficiente para denegar la pretensión impetrada por el extremo actor. En suma, para solicitar este tipo de perjuicios es necesario que la parte solicitante lo acredite con pruebas útiles conducentes y pertinentes, las cuales no fueron allegadas, por lo que no resulta improcedente la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante.

PRETENSIÓN SUBSIDIARIA: ME OPONGO toda vez que, la gestión prestada por los galenos de la **CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.** fue totalmente diligente, con aplicación de los protocolos médicos, la “lex artis” y con apego a los procedimientos médicos comúnmente aceptados por la ciencia médica para proveer una atención adecuada al señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.), lo cual se evidencia en la historia clínica donde se registra que los galenos realizaron todos los estudios diagnósticos y procedimientos requeridos para la recuperación del paciente.

Adicionalmente, la parte actora no acredita, en primer lugar, el supuesto error en el diagnostico bajo el supuesto de que la causa del fallecimiento del señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.) fue un trauma craneoencefálico, pues ello no se encuentra probado en el proceso; y, en segundo lugar, no se acredita la supuesta perdida de oportunidad por supuesto error en el diagnostico, pues incluso de haberse diagnosticado un trauma craneoencefálico, lo que originó el fallecimiento del paciente fue un paro cardiaco atribuible a un evento súbito e imprevisible para los galenos, al grave estado de salud del paciente e incluso las comorbilidades que presentaba como obesidad grado 3, por lo que el resultado dañoso era irreversible.

En todo caso, de conformidad la jurisprudencia del máximo órgano del Consejo de Estado, para que sea posible reconocer perjuicios por perdida de oportunidad, es necesario que se pruebe el porcentaje de la perdida o ganancia frustrada, sin embargo, el extremo activo no aportó ninguna prueba como dictamen pericial u otra prueba pertinente y/o conducente tendiente a demostrar este perjuicio, razón suficiente para que la pretensión sea denegada.

PERJUICIOS MORALES: ME OPONGO a esta pretensión debido a que el hecho del cual se deriva no es fáctica ni jurídicamente imputable al asegurado a la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO. En todo caso, frente a la demandante JUAN SEBASTIAN POTES no se

encuentra probado el alegado perjuicio, en cuanto no se aportó prueba del parentesco con el señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.) y ni siquiera de la existencia de una relación afectiva. Adicionalmente, la tasación propuesta por el extremo actor desconoce los baremos establecidos por el máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en caso de muerte. Lo anterior, sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad.

PERJUICIOS MATERIALES: ME OPONGO a esta pretensión debido a que es consecuencial de las pretensiones declarativas y como quiera que aquellas no tienen vocación de prosperidad, esta tampoco.

FRENTE AL DAÑO EMERGENTE: ME OPONGO toda vez que, frente al supuesto daño emergente, no se allegó ninguna prueba, siquiera sumaria, de los gastos que presuntamente sufrió o que sufrirá la parte actora por concepto de servicios de un profesional en psicología o psiquiatría que los ayude a recuperar su salud emocional por el fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.), teniendo en cuenta que no se aportó ninguna prueba documental o de otra índole que acredite el supuesto daño sufrido por los demandantes, diferente al duelo propio del fallecimiento de su familiar el cual ya fue solicitado en la modalidad de daño moral y tampoco se aportó ninguna prueba que al menos permite inferir su causación y cuantía de estas, aunado al que la parte actora ni siquiera cuantifica el supuesto perjuicio. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite el perjuicio alegado, por lo cual se convierten en suposiciones infundadas que deberán ser negadas por el juzgador, pues no es esta permitido suponerlas

FRENTE AL LUCRO CESANTE: ME OPONGO: Por su parte, para solicitar el reconocimiento del lucro cesante en materia administrativa en caso de fallecimiento, es necesario que se acredite la ganancia dejada de percibirse como consecuencia del hecho dañoso y, esencialmente, que el solicitante dependía económicamente del causante o al menos que tenía una expectativa real y cierta de ser beneficiario de una ayuda económica por parte de este. Lo anterior, de conformidad con la basta jurisprudencia del Consejo de Estado según la cual el lucro cesante no se presume respecto de la compañera permanente, padres o hermanos del fallecido, por lo tanto, este perjuicio debe quedar plenamente probado dentro del proceso. Sin embargo, revisada las pruebas que obran en el expediente ninguna acreditada que los señores ANA GLADYS POTES LOJAS (esposa), JOSE RAMON VERGARA POTES y MARLENY DEL CAREMN HERNANDEZ COLORADO (padres de la víctima), JIMY STEVEL VERGARA HERNANDEZ y ANA SOFIA VERGARA HERNANDEZ (hermanos de la víctima) dependieran económicamente del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.) y/o de que tuvieran una expectativa de ser beneficiarios de una ayuda económica por parte de este, razón suficiente para denegar la pretensión impetrada por el extremo actor. En suma, para solicitar este tipo de perjuicios es necesario que la parte solicitante lo acredite con pruebas útiles conducentes y pertinentes, las cuales no fueron allegadas, por lo que no resulta improcedente la pretensión impetrada

en el libelo genitor, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante.

3. EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE A LA DEMANDA

3.1. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO Y CARENTE DE CULPA, REALIZADO POR LOS GALENOS DE LA CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO

En el presente asunto no existe falla médica y, por ende, no se le puede endilgar algún tipo de responsabilidad a la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO**, debido a que se obró en atención a los principios de la Lex Artis. Efectivamente, cada uno de los profesionales que intervinieron en la atención del señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.) actuaron con el mayor profesionalismo, procurando en su obligación de medios realizar todos los procedimientos necesarios para determinar el diagnóstico del paciente y brindar un tratamiento para su recuperación. Sin embargo, pese a que los galenos usaron todos los medios que tenían a su alcance, durante las atenciones brindadas al señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.) no se registraron signos de alarma que permitieran sospechar el supuesto trauma craneoencefálico que presentaba el paciente y en todo caso, la parte actora no aportó prueba de que esta hubiese sido la causa del fallecimiento, por lo que es evidente la inexistencia de falla en el servicio por parte de la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO**.

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

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

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

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

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

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

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

¹ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

² Corte Constitucional, sentencia T-373 de 2001. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio.” (Subrayado y negrilla fuera del texto)

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

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

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

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

De acuerdo con los mandatos legales y jurisprudenciales citados resulta claro que las obligaciones médicas adquiridas por la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO**, a través de su cuerpo médico profesional son obligaciones de medio y no de resultado. Es por ello, por lo que en ninguna de sus actuaciones puede garantizarse un resultado determinado, pero sí pueden probar en debida forma que las mismas se sujetaron a los más altos estándares médicos, mostrando un alto grado de diligencia y cuidado en sus actividades, como en efecto sucedió.

En efecto, los médicos adscritos a la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO** mostraron una debida diligencia en su actuar médico al ordenar y realizar de manera inmediata, pertinente y oportuna las ayudas diagnósticas, suministrar tratamiento y realizar los procedimientos necesarios para tratar el trauma sufrido por el paciente.

Como se puede observar en la historia clínica, el señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.) ingresó a la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO** el día 17 de mayo de 2022 hora 08:31 am, con motivo de consulta “ME ACCIDENTE”, según consta en la nota de enfermería:

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2022-05-17	08:43 herberth.campo - HERBERTH CAMPO CORDOBA
	MOTIVO DE CONSULTA : " ME ACCIDENTE"
	ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS, POLICIA, NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS, QUIEN INGRESA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS POR PERSONAL DE LOS BOMBEROS, POR ACCIDENTE DE TRANSITO, POR LO CUAL PRESENTA TRAUMA CONTUSO EN HEMICUERPO IZQ DE PREDOMINIO EN MIEMBRO SUPERIOR, CON DOLOR,DEFORMIDAD EN EL TERCIO DISTAL DEL ANTEBRAZO, MARCADA LIMITACION FUNCIONAL ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, NIEGA ALERGIA: NIEGA QX: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE BIOPROTECCION PERSONAL, SE REALIZA EL LAVADO DE MANOS EN LOS MOMENTOS ESTIPULADOS POR LA OMS PARA ATENDER EL PACIENTE, SE INTERROGA AL PACIENTE ACERCA DE CONTACTO ESTRECHO CON PERSONAS CON DIAGNOSTICO SOSPECHO O CONFIRMADOS DE COVID 19, SINTOMAS RESPIRATORIOS,SI HA ASISITIDO A LUGARES CONCURRIDOS O DE ABASTECIMIENTO Y LA RESPUESTA A ESTO HA SIDO NEGATIVO

Una vez ingresado el paciente, se realizó el examen físico el cual arrojó estado “NORMAL”, y, específicamente, registra en el ítem de observaciones “NORMOCEFALICO, SIN LESIONES”.

EXAMEN FISICO		
PROFESIONAL:HERBERTH CAMPO CORDOBA		FECHA:2022-05-17
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
General (12)	NORMAL	TA:mmHg FC:LPM FR:RPM SaO2: 98 FIO2 0.21 T: ° ALERTA,APARENTEMENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. NORMOCEFALICO, SIN LESIONES, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS,MUCOSA ORAL HUMEDA,OTOSCOPIA SIN ALTERACIONES, FOSAS NASALES PERMEABLES, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, MURMULLO VESICULAR SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION , NO MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTROFICAS, CON DOLOR,DEFORMIDAD EN EL TERCIO DISTAL DEL ANTEBRAZO, MARCADA LIMITACION FUNCIONAL,PULSOS PRESENTES LLENADO CAPILAR < 2SEG, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. GLASGOW 15/15.

De acuerdo con la nota de enfermería que antecede, el paciente no refería ninguna lesión a nivel craneoencefálico, como lo pretende hacer ver el extremo actor. En la historia clínica no se evidencia ningún síntoma o condición que, al examen físico, permitiera a los galenos sospechar un trauma craneoencefálico. Por el contrario, las lesiones que presentaba el paciente se encontraban relacionadas con un TRAUMA CONTUZO EN HEMICUERPO IZQ DE PREDOMINIO EN MIEMBRO SUPERIOR - DEFORMIDAD EN EL TERCIO DISTAL DEL ANTEBRAZO, motivo por el cual, de manera acertada, la atención de los galenos se dirigió a tratar quirúrgicamente dicha lesión. Véase al respecto que, en la nota de enfermería del 17 de mayo de 2017 hora 12:47 de la historia clínica, se ordena procedimiento quirúrgico, el cual se realizó el día 18 de mayo de 2022, según nota de enfermería hora 17:14, en la cual consta que el procedimiento se realizó “SIN COMPLICACIONES”, por lo que se indicó traslado a hospitalización.

Observacion de aval:

1.FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO

PLAN:

1.HOSPITALIZAR
2.PARACLINICOS PREQUIRURGICOS, HEMOGRAMA, TIEMPOS DE COAGULACION
3.SE DEJA ORDEN DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, TURNO QUIRURGICO SEGUN DISPONIBILIDAD DE SALAS DE CIRUGIA

***ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):**

PACIENTE MASCULINO QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA SOBRE LA MUÑECA IZQUIERDA, CON DOLOR, EDEMA, DEFORMIDAD, LIMITACION PARA LA MOVILIDAD, RX DE MUÑECA SE EVIDENCIA FRACTURA DE RADIO DISTAL DESPLAZADA ANGULADA, LA CUAL REQUIERE DE MANEJO QUIRURGICO ORTOPEDICO, SE DEJA ORDEN DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, TURNO QUIRURGICO SEGUN DISPONIBILIDAD DE SALAS DE CIRUGIA, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA MEDICA QUIEN REFIERE Y DICE ENTENDER

17:14 SERVICIO: CIRUGIA

Elaborada por: miguel.rivera - MIGUEL ANGEL RIVERA MERCHAN - CC - 1016012298 - RM No. - FIRMADO ELECTRONICAMENTE

ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA

Avalada por:

ESPECIALIDAD:

Observacion de aval:

1. POP INMEDIATO DE REDUCCION ABIERTA Y FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO

PLAN:

1. TRASLADAR A HOSPITALIZACION

2. CEFALOTINA 1GR CADA 6 HORAS
3. RX DE CONTROL DE MUÑECA
4. TRAMADOL 50MG CADA 8 HORAS

***ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):**

PACIENTE MASCULINO EN 1. POP INMEDIATO DE REDUCCION ABIERTA Y FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE INDICA EL TRASLADO A HOSPITALIZACION

INTERPRETACIÓN ESTUDIOS IMAGENOLOGIA:
NULL

Ahora bien, según la nota de enfermería del 18 de mayo de 2022 hora 20:14, de manera súbita el paciente presentó PARO CARDIACO, por lo que fue remitido a la unidad de cuidados intensivos, donde lograron estabilizarlo:

20:14 SERVICIO: CIRUGIA

Elaborada por: andres.rivera - ANDRES LEONARDO RIVERA QUIÑONEZ - CC - 6162721 - RM No. - FIRMADO ELECTRONICAMENTE

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

Avalada por:

ESPECIALIDAD:

Observacion de aval:

POP OSTEOSINTESIS DE RADIO.
PARO CARDIACO

PLAN:

TRASLADO DE PACIENTE A UCI

***ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):**

SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA QUE REFIERE QUE EL PACIENTE NO ESTA RESPIRANTO Y QUE ESTA CIANOTICO, POR LO QUE SE VERIFICAN PULSOS PERIFERICOS, CAROTIDEO Y FEMORAL, CON AUSCENCIA DE ESTOS POR LO QUE SE INICIA DE INMEDIATO COMPRESIONES TORACICAS, SE LLAMA AL ANESTESIOLOGO DE TURNO, DR SANTAMARIA QUIEN ENCABEZA LA REANIMACION DEL PACIENTE, SE ADMINITRAN 7 AMP DE ADRENALINA, 5 AMP DE BICARBONATO, SE REANIMA POR +/- 24 MIN CON LO QUE SE OBTINENEN PULSOS PERIFERICOS, RESPUESTA PUPILAR, SE TRASLADA PACIENTE A UCI.

Sin embargo, debido a que tuvo una evolución tórpida y por la gravedad del estado de salud que presentaba el paciente, el día 20 de mayo de 2022, fue remitido a una institución médica de IV nivel de complejidad donde, posteriormente, el paciente falleció.

Vistas las anotaciones de la historia clínica, se puede establecer que las causas del fallecimiento del señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.), no tienen ninguna relación con un trauma craneoencefálico, sino que fue producto de un evento súbito – paro cardíaco, que era imprevisible para los galenos. Esto además, se corrobora con el Informe Pericial de Necropsia No. 2022010176001001112 en el cual se registra como causa básica de la muerte “INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO”.

Causa básica de muerte: **INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.**

Luego entonces, la supuesta falla que imputa la parte actora a las entidades demandadas referente a un error en el diagnostico queda descartada, no solo porque de *facto* la pruebas que obran en el expediente (historia clínica, informe pericial de necropsia) acreditan que la causa del fallecimiento es muy distinta a un supuesto trauma craneoencefálico, sino también porque, a lo largo de historia clínica, no se observa ningún hallazgo en el examen físico o síntomas de alarma del paciente por medio del cual se pudiera sospechar una lesión a nivel craneal o de otra índole, distinta a la deformidad en el tercio distal del antebrazo que dio lugar a que los galenos realizaran el procedimiento quirúrgico, aunado a que el paciente nunca presento afectaciones neurológicas, pérdida de conciencia o cualquier otro síntoma evidente de lesión craneoencefálica. Por ello, es posible afirmar que las actuaciones desplegadas por el personal médico de la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO** se realizaron de manera adecuada, perita y con apego a los principios de la *lex artis*, pese a lo cual, de manera súbita el paciente presentó un paro cardiaco y una evolución tórpida, es decir, se encontraba en un estado de gravedad, lo que derivó en su fallecimiento, circunstancia que no es imputable a la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO**.

En todo caso, la parte demandante no aportó ninguna prueba que acredite un error en el diagnostico, procedimiento y tratamiento brindado por parte de los galenos de la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO**, como un peritaje u otra pertinente en la cual se advirtiera las fallas imputadas por la parte actora.

En conclusión, en contra de la tesis abordada por la parte actora en su demanda, se tiene que no existe ninguna falla en el servicio médico prestado por la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO** en cuanto los profesionales médicos que atendieron al señor **JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ** (q.e.p.d.) cumplieron con todos los parámetros médicos y *lex artis* para el adecuado diagnóstico y tratamiento de su padecimiento, sin embargo, de manera imprevisible el paciente presentó un paro cardiaco y, por su estado grave de salud y poca evolución, el paciente falleció, no siendo este un hecho imputable a la **CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO**. En síntesis, la prueba de diligencia en este caso recae en la misma historia clínica, motivo por el cual, no existe alternativa distinta a exonerar de toda responsabilidad al extremo pasivo.

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

3.2. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ATENCION MEDICA PRESTADA POR LOS GALENOS DE LA CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO Y EL FALLECIMIENTO DEL SEÑOR JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (Q.E.P.D.)

En el presente caso no está demostrada la existencia de un nexo de causalidad entre el acto médico y el fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ

(q.e.p.d.), pues este no deviene de las gestiones dispensadas por parte de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO. En primer lugar, porque la atención medica desplegada por los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO fue totalmente diligente y perita, tal como se encuentra demostrado en la historia clínica allegada al plenario. En segundo lugar, la parte actora no aportó ninguna prueba que acredite que haya existido un error en el diagnóstico y/o que de haberse diagnosticado el supuesto trauma craneoencefálico el paciente hubiera tenido oportunidad de recuperarse. Por el contrario, la historia clínica y demás pruebas que obran en el expediente acreditan que, pese a que los galenos realizaron de manera integral el examen físico del paciente, no existía ningún criterio médico para sospechar una anormalidad o lesión a nivel craneoencefálico. En suma, la parte actora no aportó ninguna prueba que acredite que esta fue la causa del fallecimiento o que de haberse diagnosticado el supuesto trauma craneoencefálico el paciente hubiera tenido oportunidad de recuperarse. Adicionalmente, las pruebas que obran en el proceso demuestran que el fallecimiento del paciente se dio por un paro cardiaco y la gravedad de su estado de salud, por lo tanto, es posible considerar que se trató de una causa extraña no imputable a la actuación de los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

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

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

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

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

“En la responsabilidad civil existen dos nexos causales: primero, entre la culpa y el hecho, y el segundo, entre el hecho y el daño. Si no hay nexo causal entre la culpa y

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

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

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

Al abordar en concreto la atención brindada por la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO, no se vislumbra que exista una falla en el servicio médico en los términos expuestos por la parte actora. Si bien el extremo activo refiere a un presunto error en el diagnóstico, con la historia clínica queda demostrado que los galenos realizaron de manera integral el examen físico del paciente para detectar cualquier anormalidad, sin embargo, con este no se evidenció ningún signo que hiciera sospechar la presencia de un trauma craneoencefálico y tampoco se aportó ninguna prueba de que esta haya sido la causa del fallecimiento, por lo que es claro que la imputación que realiza la parte actora es inexistente y, por ende, fenomenológicamente imposible que haya tenido alguna relación con la atención prestada por los galenos.

Sobre el particular, se debe destacar, como se indicó previamente que el paciente presentaba TRAUMA CONTUZO EN HEMICUERPO IZQ DE PREDOMINIO EN MIEMBRO SUPERIOR - DEFORMIDAD EN EL TERCIO DISTAL DEL ANTEBRAZO por lo que fue intervenido quirúrgicamente. Sin embargo, y pese a que el procedimiento se desarrolló sin complicaciones, posteriormente presentó un paro cardíaco y debido a la evolución tórpida de su estado de salud, el paciente falleció.

Lo anterior, además se es coherente con el informe de necropsia del 12/08/2022 emitido por el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, donde se determina que la causa del fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.) fue un “INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO”.

Causa básica de muerte: **INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.**

Y, como se explica en dicho informe, el señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.) sufrió una “ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA **SECUNDARIA A INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA** DEBIDO A INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ASOCIADO A HEMORRAGIA CEREBRAL INTRAPARENQUIMATOSA”.

Al respecto, la literatura medica indica que “*La hemorragia intraparenquimatosa es una rotura vascular espontánea NO traumática.*”⁴ En esta medida, la hemorragia presentada fue consecuencia del paro cardíaco presentado, más no de alguna lesión neurológica como lo quiere hacer ver la parte actora.

Lo anterior, permite concluir que el fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.), obedeció a un evento súbito e imprevisible para los galenos y a ello se suma que el paciente tenía OBESIDAD GRADO III, según consta en las diversas notas de enfermería de la historia clínica, circunstancias que incrementaba el riesgo del paciente de presentar paros cardiorrespiratorios como el que lamentablemente sucedió.

20:54 **SERVICIO: CIRUGIA**
Elaborada por: juan.santamaria - JUAN JOSE SANTAMARIA YACARI - CC - 16941248 - RM No. - FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGO
Avalada por:
ESPECIALIDAD:
Observacion de aval:
1. POP INMEDIATO DE REDUCCION ABIERTA Y FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO
2. **OBESIDAD G 3**
3. APNEA DE SUEÑO SEVERA

*ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):
ANETESIOLOGIA

Ahora bien, si se tuviera por cierto que el señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.), sufrió un trauma craneoencefálico de tal magnitud que causara su fallecimiento, como lo pretende hacer ver la parte actora, lo cierto es que i) al menos el paciente hubiera referido síntomas como dolor de cabeza, mareos, visión borrosa, entre otros, los cuales no se evidenciaron en el examen físico, como consta en la historia clínica. Por el contrario, la complicación que presentó el paciente fue de manera súbita e intempestiva, característica propia de un infarto de miocardio como ocurrió en este caso, aunado a que el paciente presentaba OBESIDAD GRADO II, lo que incrementaba su riesgo; ii) incluso de haber existido hallazgos para sospechar el supuesto trauma craneoencefálico y este se hubiere confirmado, **tampoco es posible suponer que se hubiera podido revertir el resultado dañoso**, pues claramente en los eventos que se presenta un trauma craneoencefálico grave, los pronósticos suelen ser reservados y tienen poca probabilidad de recuperación.

En tal sentido, la parte actora no ha acreditado que la causa del fallecimiento esté relacionada con un error de diagnóstico, habida cuenta que el paciente nunca presentó síntomas que hicieran sospechar la existencia de un trauma craneoencefálico que debiera ser tratado por los galenos, sino que, según consta en la historia clínica y el informe de necropsia, lo que causó su fallecimiento fue un infarto de miocardio que por sus características era imprevisible e irresistible para el personal médico y no tiene ninguna

⁴ Actualización en hemorragia cerebral espontánea (Up-date in spontaneous cerebral hemorrhage D.) Escudero Augusto, L. Marqués Álvarez, F. Taboada Costa, Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

relación de causalidad con la atención prestada por los galenos, configurándose una causa extraña como eximente de responsabilidad de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO.

En conclusión, se tiene que el acto por el cual se pretende la declaratoria de responsabilidad de la demandada es inexistente. Efectivamente no hay nexo de causalidad, pues la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO, como se explicó, actuó conforme a los protocolos médicos al realizar el estudio físico del paciente, sin que se evidenciara ningún síntoma que permitiera a los galenos sospechar el supuesto trauma craneoencefálico y, en todo caso, la parte actora no aportó ninguna prueba de que esta hubiera sido la causa del fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.), ni que, de haberse realizado dicho diagnóstico hubiere tenido oportunidad de revertir el resultado dañoso. Adicionalmente, las pruebas que obran en el expediente demuestran que la causa de la muerte fue un infarto de miocardio, el cual era imprevisible para el personal médico y no tiene ninguna relación con la atención medica brindada, lo que constituye una causa extraña que rompe el nexo de causalidad y exime de responsabilidad al asegurado.

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

3.3. EN EL CASO BAJO ESTUDIO, EL SUPUESTO DE HECHO NO DEBE SER INDEMNIZADO, PORQUE EL DAÑO PADECIDO DEL QUE SE DERIVA NO ES FACTICA NI JURIDICAMENTE IMPUTABLE AL CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.

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

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

3.3.1. FALTA DE PRUEBA DEL DAÑO MORAL Y EXCESO EN LA TASACIÓN

En el caso objeto de estudio es improcedente el reconocimiento de perjuicios por concepto de daño moral en cuanto la parte actora no logró demostrar el fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.) le sean atribuibles fáctica y

jurídicamente a la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO. En todo caso, frente al demandante JUAN SEBASTIAN POTES no se acredita el daño moral en cuanto no se ha aportado al plenario prueba que acredite el vínculo con la víctima directa, ni la existencia de una relación afectiva. Adicionalmente, están solicitando como indemnización por perjuicios morales una suma equivalente a 100 SMLMV para el señor JUAN SEBASTIAN POTES LOJAS, excediendo el tope máximo concedido por esta jurisdicción como reparación en caso de lesiones. Lo anterior, habida cuenta de que, al no existir ninguna relación de parentesco entre este demandante y la víctima directa, solo se ubicaría en el 5 nivel de indemnización y según la jurisprudencia del máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativo, en los casos de muerte, se reconoce, para las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados) la suma de 15 SMLMV.

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

“Así las cosas, tenemos que el concepto de perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo. En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así:

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV.

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio (...)

*Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. **Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva**, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.” (Subrayado y negrilla fuera de texto)*

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales para el demandante JUAN SEBASTIAN POTES LOJAS, considerando que la jurisprudencia antes citada ha hecho hincapié en que solo se presume el daño moral correspondiente a las relaciones paternofiliales del nivel 1 y 2, mientras que para los niveles 3, 4, y 5 debe acreditarse la relación afectiva. En el caso concreto, sin el ánimo de aceptar responsabilidad en cabeza de las demandadas, en virtud de las presunciones derivadas del parentesco, es imposible presumir prima-facie que el demandante JUAN SEBASTIAN POTES LOJAS sufrió dolor y congoja a raíz del fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.). Lo mencionado, ya que respecto a dicho demandante la jurisprudencia no admite presunciones del daño moral por no pertenecer al primer y segundo grado de consanguinidad, y tampoco se ha acreditado hasta el momento que hubieran sufrido directamente un dolor de índole moral, en cuanto no se aportó ninguna prueba tendiente a demostrar el vínculo afectivo.

Por otra parte, la parte actora solicita que se reconozca la suma de 100 SMLMV para el demandante JUAN SEBASTIAN POTES LOJAS, suma que resulta a todas luces exorbitante, puesto que el tope fijado por la sentencia de unificación del Consejo de Estado corresponde a sumas abiertamente inferiores de las solicitadas, teniendo en cuenta que, al no acreditar una relación de parentesco con la víctima directa solo se ubicaría en el nivel quinto de indemnización. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte Demandante evocan un evidente ánimo especulativo que no puede convalidar el despacho.

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

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

3.3.2. FALTA DE PRUEBA E IMPROCEDENCIA DEL LUCRO CESANTE

En gracia de discusión, debe indicarse que, en el proceso, la parte actora solicita en cabeza de CELESTE VERGARA POTES, SAMARA VERGARA POTES, FERNANDA VERGARA POTES, JUAN SEBASTIAN POTES LOJAS (hijos de la víctima), ANA GLADYS POTES LOJAS (esposa), JOSE RAMON VERGARA POTES y MARLENY DEL CAREMN

HERNANDEZ COLORADO (padres de la víctima), JIMY STEVEL VERGARA HERNANDEZ y ANA SOFIA VERGARA HERNANDEZ (hermanos de la víctima) el reconocimiento del perjuicio material por concepto de lucro cesante, sin embargo, es improcedente su reconocimiento en cuanto no se ha acreditado la responsabilidad de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO en el fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.). Sin perjuicio de lo anterior, se destaca que frente a los señores ANA GLADYS POTES LOJAS (esposa), JOSE RAMON VERGARA POTES y MARLENY DEL CAREMN HERNANDEZ COLORADO (padres de la víctima), JIMY STEVEL VERGARA HERNANDEZ y ANA SOFIA VERGARA HERNANDEZ (hermanos de la víctima), no se acredita el lucro cesante solicitado en cuanto no se aportó ninguna prueba que acredite que los referidos demandantes dependieran económicas del causante y/o que tuvieran una expectativa real o cierta de ser beneficiarios de una ayuda económica por parte de este.

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

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

“El lucro cesante, de la manera como fue calculado por los peritos, no cumple con el requisito uniformemente exigido por la jurisprudencia de esta Corporación, en el sentido de que el perjuicio debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización. El perjuicio indemnizable, entonces, puede ser actual o futuro, pero, de ningún modo, eventual o hipotético. Para que el perjuicio se considere existente, debe aparecer como la prolongación cierta y directa del estado de cosas producido por el daño (...)”

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

Ahora bien, es menester señalar que la jurisprudencia del máximo órgano de la jurisdicción contenciosa no admite la presunción del lucro cesante frente a la cónyuge o compañero permanente del causante, por ello la parte actora tiene la carga probatoria frente a dicho supuesto para que este sea indemnizable. En sentencia del treinta (30) de marzo de dos mil diecisiete (2017), radicado 50001-23-31-000-1998-00225-01(29637) con ponencia del C.P. Danilo Rojas Betancourth, la Sección Tercera del Consejo de Estado indicó lo siguiente:

“28.3. En efecto, si el lucro cesante que pide un demandante en casos de fallecimiento consiste en haber dejado de percibir un ingreso económico que usualmente le era otorgado por una persona que murió, y no se allega medio probatorio alguno que acredite que esa circunstancia se presentaba continuamente de tal forma que se pudiera señalar que dicha situación se hubiese mantenido en el tiempo de estar viva la víctima, es necesario que la inferencia de que ello ocurría y que se construye a partir de las reglas de la experiencia y de la lógica señaladas no tenga un medio probatorio que la desvirtúe, puesto que de ser así se impondría advertir que el menoscabo en análisis es inexistente y que por lo tanto, no podría salir avante la respectiva petición indemnizatoria.

28.4. En el caso concreto, se advierte que no obra en el expediente elemento demostrativo alguno tendiente a probar la dependencia económica de los agentes de policía Juan Carlos Figueredo Cortés y Wilmer Rojas Grajales de sus fallecidas esposa y compañera permanente respectivamente, cuando se encontraban vivas o, que ellas les brindaran un ingreso económico periódico.

28.5. Debido a lo anterior, es claro que para efectos de poder llegar a conceder la indemnización deprecada por la parte demandante, se debe acudir a los parámetros jurisprudencialmente adoptados y aludidos con anterioridad, los cuales no le resultan aplicables puesto que la inferencia de que los mencionados demandantes se encontraban en un estado de necesidad o dependencia en virtud del cual le correspondiera a su esposa o compañera permanente respectivamente, colaborarles y sostenerlos económicamente con un aporte regular, no tiene elemento probatorio alguno que la sustente y por el contrario, se encuentra totalmente desvirtuada, comoquiera que está probado que ellos trabajaban en la Policía Nacional, en condiciones que se puede inferir eran iguales o inclusive mejores a las de las difuntas.”

En resumen, la jurisprudencia del Consejo de Estado no admite ningún tipo de presunción del lucro cesante frente al cónyuge o compañero permanente en casos de fallecimiento. Por el contrario, ha sido contundente al afirmar que para que este sea procedente el reconocimiento de este perjuicio, debe estar demostrado que, quien persigue dicha indemnización, dejó de percibir los ingresos que presuntamente recibía del fallecido, en suma, que dependía económicamente de este. En igual sentido, puede referirse frente a los padres y hermanos del fallecido, pues es deber de la parte actora probar la dependencia económica o ayuda que presuntamente recibían del causante.

Aterrizando al caso concreto, debe manifestarse que los demandantes solicitan el reconocimiento de lucro cesante, con ocasión del fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.), sin embargo, se destaca que, la parte actora no aportó prueba que acredite que los señores ANA GLADYS POTES LOJAS (esposa), JOSE RAMON VERGARA POTES y MARLENY DEL CAREMN HERNANDEZ COLORADO (padres de la víctima), JIMY STEVEL VERGARA HERNANDEZ y ANA SOFIA VERGARA HERNANDEZ (hermanos de la víctima) dependían económicamente del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNÁNDEZ (q.e.p.d.), pues de acuerdo con la jurisprudencia citada, frente a estos demandantes no se admite ninguna presunción del lucro cesante en razón del parentesco, por lo que, corresponde a la parte actora demostrar el supuesto perjuicio, lo cual no ha sucedido hasta esta instancia.

En conclusión, al no haberse aportado prueba siquiera sumaria que permita acreditar (i) la ganancia dejada de percibir como consecuencia del hecho dañoso, ni (ii) la dependencia o ayuda económica que recibía el cónyuge, los padres y hermanos del causante, no resulta procedente la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante consolidado y futuro.

3.3.4. FALTA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE

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

El daño emergente ha sido desarrollado jurisprudencialmente como una tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos. Sin embargo, se ha establecido ampliamente que para la procedencia del reconocimiento de estos resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso, carga que le asiste al reclamante de estos. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor.

Es claro que la parte demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. A efectos de entender la tipología de dichos perjuicios, vale la pena recordar lo indicado por el honorable Consejo de Estado con respecto a la definición del daño emergente en los siguientes términos: *“Doctrinaria y jurisprudencialmente se ha sostenido que el daño emergente (damnum emergens) es la disminución patrimonial inmediata a causa del hecho que se juzga, representada en la pérdida de elementos económicos bien por los gastos que ellos significaron en su adquisición, ora por los desembolsos futuros para recuperarlos o enmendarlos, incluso, por la constitución de un pasivo, es decir, un empobrecimiento debido a que un bien salió o saldrá del patrimonio.”*

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte demandante solicita el pago del daño emergente, por concepto de gastos que deben realizar los demandantes para obtener los servicios de un profesional en psicología o psiquiatría que los ayude a recuperar su salud emocional por el fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.), sin embargo, se observa que el peticionario ni siquiera señala cuál es el monto del supuesto perjuicio y revisadas las pruebas aportadas con la demanda, no existe ninguna, siquiera sumaria, que acredite su pago efectivo por el reclamante o un gasto futuro. Adicionalmente, dicho perjuicio lo sustenta en los supuestos daños psicológicos o psiquiátricos de los demandantes causados por el fallecimiento de la víctima, sin embargo, brilla por su ausencia prueba de que los demandantes hayan sufrido un daño distinto al duelo propio del fallecimiento de su familiar, el cual ya se solicitó por los demandantes en la modalidad de daño moral.

De manera que no se debe perder de vista que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte demandante. En este sentido, si dicha parte no cumple con su carga y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por el Consejo de Estado, debido a que, sobre este particular, ha establecido lo siguiente:

“En cuanto a los perjuicios materiales por daño emergente consistentes en los gastos que los demandantes tuvieron que sufragar como consecuencia del hecho imputable al Estado, como lo son verbi gratia, sepultura, caja mortuoria, honorarios de abogado, etc., que se sobrevinieron con la muerte de la joven, observa la Sala de Decisión que tales deben liquidarse de acuerdo con las pruebas aportadas en el proceso, sin que tales acreditaciones se encuentren en el proceso de marras esto en el entendido que a fin de reconocerse una suma de dinero proveniente de un perjuicio ocasionado, es menester que este sea real y cierto, es decir que su materialidad esté plenamente acreditada en el proceso, de lo que carece en cuanto a perjuicios materiales el presente, por lo que en este sentido la pretensión no prospera”.

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

En conclusión, ante la orfandad probatoria del daño emergente, es claro que no se le reconozca ninguna suma indemnizatoria por esta tipología de perjuicios, en tanto que la parte demandante no los probó. Máxime, cuando el Consejo de Estado fue totalmente claro en indicar que éstos no se presumen, sino que se deben probar. Razón suficiente para solicitar al despacho que desestime la pretensión invocada por las demandantes en lo relacionado con el daño emergente.

3.3.5. FALTA DE PRUEBA E IMPROCEDENCIA DE LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD.

El caso bajo estudio se inexistente la perdida de oportunidad alegada por el extremo actor por supuesto error en el diagnostico, por lo tanto, no hay lugar a reconocer las sumas pretendidas por el extremo actor bajo este concepto. Lo anterior teniendo en cuenta que la parte actora no aportó ninguna prueba de la supuesta perdida de oportunidad sufrida por el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.) por supuesto error en el diagnóstico, ni en qué porcentaje se vio frustrada esa pérdida de oportunidad. Lo anterior, hace inviable cualquier declaratoria de responsabilidad del asegurado bajo este concepto.

Sobre el punto, se recuerda que la pérdida de oportunidad o de “chance” como es llamada en otras legislaciones, es una teoría que proviene del Derecho Francés, la cual consiste en la posibilidad de obtener un provecho o no sufrir un perjuicio. No obstante, esa probabilidad se ve truncada por el acaecimiento de un hecho de un tercero, generando la duda sobre si el efecto beneficioso o dañino se habría producido o no. Pero quedando absolutamente clara la supresión de forma irreversible sobre una expectativa.

Ahora bien, la pérdida de la oportunidad o pérdida de chance se conoce como el menoscabo de probabilidad suficiente de obtener una ventaja esperada o evitar la pérdida de la recuperación de la salud. Así mismo el Consejo de Estado⁵ ha señalado que:

*“PERDIDA DE OPORTUNIDAD - Pérdida de chance / PERDIDA DE CHANCE - Pérdida de oportunidad / PERDIDA DE OPORTUNIDAD - Noción. Definición doctrinal **La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de***

⁵ Sentencia del Consejo de Estado. Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593). Fecha: 11 de agosto de 2010.

otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento. La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento. (...) La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del “chance” en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto” (negrilla y subrayada por fuera del texto original)

Así mismo, el H. Consejo de Estado ha señalado que la pérdida de oportunidad debe probarse por el perito la probabilidad de resultado, es decir esta no se encuentra al azar o por suposiciones, sino que debe acreditarse el chance de recuperación. Al respecto señaló lo siguiente:

“(...) La teoría de la pérdida de oportunidad permite entonces considerar que, en eventos en los cuales esté probada la acción o la omisión (falta médica) y la relación de causalidad no esté acreditada en forma absoluta, sino que se ha demostrado técnicamente que de no existir el hecho o la omisión es probable que el paciente no hubiese sufrido el daño o se hubiese sanado, pueda condenarse al demandado, no por la totalidad, sino por una parte del daño. **En estos casos la doctrina sugiere que el perito es quien debe determinar cuál era la probabilidad que existía de un resultado exitoso si se hubiese realizado la intervención o el tratamiento que no se hizo**; y sugiere que el grado de probabilidad en lo posible sea indicado en el propio dictamen. Y cuando la doctrina se refiere a la pérdida de oportunidad en materia médica como un daño autónomo, no se refiere —de ninguna manera— a un perjuicio adicional para reconocerle a la víctima. La pérdida de oportunidad representa un daño autónomo porque es diferente al daño <<global>> que debe ser reparado cuando se establezca la relación causal entre la falta médica y el daño, que es lo que ocurre en este caso (...)”

Es decir que ante la ausencia de elementos probatorios que determinen a nivel pericial cual era la probabilidad de éxito o de vida que tenía el paciente si se le hubiese o no practicado el examen o tratamiento que se reprocha, el despacho deberá categóricamente negar las pretensiones de la demanda.

En el caso concreto, la parte actora no acredita, en primer lugar, el supuesto error en el diagnóstico bajo el supuesto de que la causa del fallecimiento del señor **JOHAN GADIEL**

VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.) fue un trauma craneoencefálico, pues ello no se encuentra probado en el proceso; en segundo lugar, no se acredita la supuesta pérdida de oportunidad por supuesto error en el diagnóstico, pues incluso de haberse diagnosticado un trauma craneoencefálico, lo que originó el fallecimiento del paciente fue un paro cardíaco atribuible a un evento súbito e imprevisible para los galenos, al grave estado de salud del paciente e incluso las comorbilidades que presentaba como obesidad grado 3, por lo que el resultado dañoso era irreversible; y, en tercer lugar, incluso de haber existido hallazgos para sospechar el supuesto trauma craneoencefálico y este se hubiere confirmado, tampoco es posible suponer que se hubiera podido revertir el resultado dañoso, pues claramente en los eventos que se presenta un trauma craneoencefálico grave, los pronósticos suelen ser reservados y tienen poca probabilidad de recuperación.

No obstante, es menester precisar que tampoco obra ninguna prueba, pericial, documental o de otra índole que al menos refiere sobre la existencia cierta y real de la supuesta pérdida de oportunidad ni la probabilidad que tenía el paciente de haberse recuperado en caso de haberse indicado un diagnóstico diferente.

En conclusión, la parte actora no acredita que la actuaciones de los galenos de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO frustró la oportunidad o chance que supuestamente tenía el señor el señor Johann Gadiel Vergara Hernández (q.e.p.d.), de recuperar su salud ni se aportó ninguna prueba que acredite cuál era la probabilidad real y cierta de recuperación. Por lo tanto, es claro que no existe soporte fáctico y jurídico de la pretensión impetrado por el extremo actor, en cuanto no se han acreditado los elementos estructurales de la pérdida de oportunidad.

Por lo anterior, solicito al honorable juez declarar probada esta excepción.

4. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR EL CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.

Respetuosamente solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra el medio de control de Reparación Directa, todas las planteadas por el CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. las cuales coadyuvo expresamente, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada y no comprometan su responsabilidad.

5. GENERICA E INNOMINADA

Solicito comedidamente al señor Juez declarar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. y por deducción jurídica mucho menos de mi prohijada, que pueda configurar otra causal que las exima de toda obligación indemnizatoria. Lo anterior, en concordancia con lo señalado en el artículo 282 del Código General del Proceso, el cual expresa:

“Artículo 282. Resolución sobre excepciones. En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla

oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.”

Conforme a la norma transcrita el juez deberá declara probadas las excepciones que oficiosamente encuentre acreditadas, por lo que en el evento de encontrarse fundamentos que derroten las pretensiones y no hubieran sido alegados por las partes, solicito se sirva declararlas mediante sentencia”.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO “PRIMERO”: Es cierto, en el entendido que se trata de la identificación del proceso en cuestión. En todo caso, no es una situación fáctica que atañe a la relación contractual entre la aseguradora que represento y el llamante en garantía.

FRENTE AL HECHO “SEGUNDO”: Es cierta la existencia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), donde aparece como tomador y asegurado CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. Dicha póliza, pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made, tiene una vigencia del **18 de noviembre de 2022** hasta el **18 de noviembre de 2024** (anexos 0 y 1)

Sin embargo, se debe precisar que la cobertura de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1) no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria.

Sin perjuicio de lo anterior, la responsabilidad que pretendió predicar la parte demandante hacia la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. no se ha demostrado, en cuanto las pruebas que obran en el expediente acreditan la debida diligencia de los galenos durante la atención brindada al señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.), como tampoco se ha acreditado el nexo de causalidad entre el fallecimiento y la atención medica recibida. Por lo tanto, al no configurarse los presupuestos de responsabilidad como se ha fundamentado a lo largo de este escrito, no se realizó el riesgo asegurado y por consiguiente hay una inexistencia de cobertura.

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

FRENTE AL HECHO TERCERO. Es parcialmente cierto, pues si bien es cierta la existencia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), donde aparece como tomador y asegurado CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. Dicha póliza, pactada bajo la modalidad de cobertura

temporal por reclamación o Claims made, tiene una vigencia del **18 de noviembre de 2022** hasta el **18 de noviembre de 2024** (anexos 0 y 1), la cobertura que ofrece no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria.

Sin perjuicio de lo anterior, la responsabilidad que pretendió predicar la parte demandante hacia la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. no se ha demostrado en cuanto las pruebas que obran en el expediente acreditan la debida diligencia de los galenos durante la atención brindada al señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.), como tampoco se ha acreditado el nexo de causalidad entre el fallecimiento y la atención medica recibida. Por lo tanto, al no configurarse los presupuestos de responsabilidad como se ha fundamentado a lo largo de este escrito, no se realizó el riesgo asegurado y por consiguiente hay una inexistencia de cobertura.

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

FRENTE AL HECHO CUARTO. Es parcialmente cierto, pues si bien es cierta la existencia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), donde aparece como tomador y asegurado CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. Dicha póliza, pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made, tiene una vigencia del **18 de noviembre de 2022** hasta el **18 de noviembre de 2024** (anexos 0 y 1), la cobertura que ofrece no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria.

Sin perjuicio de lo anterior, la responsabilidad que pretendió predicar la parte demandante hacia la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. no se ha demostrado en cuanto las pruebas que obran en el expediente acreditan la debida diligencia de los galenos durante la atención brindada al señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.), como tampoco se ha acreditado el nexo de causalidad entre el fallecimiento y la atención medica recibida. Por lo tanto, al no configurarse los presupuestos de responsabilidad como se ha fundamentado a lo largo de este escrito, no se realizó el riesgo asegurado y por consiguiente hay una inexistencia de cobertura.

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

FRENTE AL HECHO QUINTO: Es cierto, como consta en el expediente. En todo caso, no es una situación fáctica que atañe a la relación contractual entre la aseguradora que represento y el llamante en garantía.

2. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: NO ME OPONGO. Sin embargo, aclaro que la vinculación de mi representada se fundamenta única y exclusivamente en razón de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), donde aparece como tomador y asegurado CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S., pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made, con una vigencia del **18 de noviembre de 2022** hasta el **18 de noviembre de 2024** (anexos 0 y 1). Por lo tanto, la relación sustancial entre el llamante en garantía y mi representada, está sujeta a todas las estipulaciones realizadas en el contrato de seguro, así como el clausulado particular y general que delimita el amparo, límites, exclusiones, coaseguro, deducible, y demás previsiones a tenerse en cuenta.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO toda vez que, si bien es cierta la existencia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), donde aparece como tomador y asegurado CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S., pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made, con una vigencia del **18 de noviembre de 2022** hasta el **18 de noviembre de 2024** (anexos 0 y 1), la cobertura que ofrece no opera de forma automática, pues la misma depende de las condiciones particulares y generales que rigen la relación contractual objeto de la convocatoria. Adicionalmente, la responsabilidad que pretendió predicar la parte demandante hacia la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. no se ha demostrado en cuanto las pruebas que obran en el expediente acreditan la debida diligencia de los galenos durante la atención brindada al señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.), como tampoco se ha acreditado el nexo de causalidad entre el fallecimiento y la atención medica recibida. Por lo tanto, al no configurarse los presupuestos de responsabilidad como se ha fundamentado a lo largo de este escrito, no se realizó el riesgo asegurado y por consiguiente hay una inexistencia de cobertura.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SUBSIDIARIA: NO ME OPONGO. Sin embargo, aclaro que la vinculación de mi representada se fundamenta única y exclusivamente en razón de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), donde aparece como tomador y asegurado CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S., pactada bajo la modalidad de cobertura temporal por reclamación o Claims made, con una vigencia del **18 de noviembre de 2022** hasta el **18 de noviembre de 2024** (anexos 0 y 1). Por lo tanto, la relación sustancial entre el llamante en garantía y mi representada, está sujeta a todas las estipulaciones realizadas en el contrato de seguro, así como el clausulado particular y general que delimita el amparo, límites, exclusiones, coaseguro, deducible, y demás previsiones a tenerse en cuenta.

3. EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

3.1. INEXISTENCIA DE SINIESTRO POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1) NO ES EXIGIBLE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada respecto de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), toda vez que no se encuentra realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, lo anterior, teniendo en cuenta la póliza no ofrece cobertura temporal según lo expuesto previamente y, en todo caso, no se acreditó la responsabilidad del asegurado.

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

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

Como se ha reiterado, la parte demandante no logró demostrar la falla en el servicio del CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S. por cuanto se pudo establecer que los hechos de la demanda y las pretensiones no se adecuan a una falla en el servicio médico prestado por esta, al contrario, la historia clínica es prueba fehaciente de la atención perita, oportuna, diligente y ajustada a la lex artis de la atención brindada a JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.). Pese a ello, el paciente falleció por una causa extraña a la actuación medica brindada, lo que exime de responsabilidad al asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

3.2. LIMITE DEL VALOR ASEGURADO

Conforme con lo expuesto a lo largo del presente escrito, ante un hipotético evento de responsabilidad en cabeza de mi representada, deberá tenerse en cuenta el valor asegurado en el contrato de seguro así como los sublímites pactados por evento, que fueron claramente determinados para la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), en su carátula y en su condicionado particular, que delimita el máximo de responsabilidad de la aseguradora frente a los eventuales siniestro.

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

presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

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

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

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

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

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante, y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda exclusivamente por la porción de riesgo asumido. De conformidad con lo señalado, necesariamente debe tenerse en cuenta la suma global pactada en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), es de MIL MILLONES DE PESOS (\$1.000.000.000) para el amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL que se pretende afectar, el cual se encuentra en las condiciones particulares de la póliza, de la siguiente forma:

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

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

Se concluye entonces que, en el caso remoto de ordenar pagar alguna clase de condena con cargo al contrato de seguro, dicha condena se deberá ceñir a las disposiciones pactadas en el condicionado particular de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), relativas al límite del valor asegurado por amparo. Así las cosas, teniendo en cuenta que el límite de la suma asegurada es de \$1.000.000.000, la eventual obligación indemnizatoria de mi representada, con fundamento en el contrato de seguro, no podrá exceder dicha suma, teniendo en cuenta, de igual manera el deducible pactado en la póliza.

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

3.3. DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO

Seguidamente a los argumentos expuestos, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el remoto caso que se encuentre razón para hacer efectiva la póliza referida, debe tener presente el Despacho que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupa, se impuso una carga al Asegurado, en virtud de la cual, este asumirá una parte del mismo. Al respecto, el artículo 1103 de C.Co., con relación al deducible señala lo siguiente:

“Artículo 1103. Deducible. Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original.”

Esto es lo que se denomina deducible, entendido como una suma de dinero que hace parte del valor del siniestro, que debe asumir el asegurado como coparticipación en el mismo. Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), expedida por mi representada, se pactaron unos deducibles que están a cargo única y exclusivamente del asegurado CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S, En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

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

Así las cosas, en el hipotético y remoto evento que mi representada se obligare a indemnizar en virtud del contrato de seguro, debe tenerse en cuenta el deducible pactado en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1) a cargo del asegurado CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S., para el amparo que se pretende afectar correspondiente a “RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL” es del **10% de la pérdida, mínimo 100 SMMLV**:

DEDUCIBLES:

Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 100 SMMLV

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro, es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, asciende a **10% de la pérdida, mínimo 100 SMMLV** para todas y cada una de las pérdidas. Por todos los argumentos fácticos y jurídicos anteriormente esbozados, solicito de manera respetuosa señor Juez, que se declare probada esta excepción.

3.4. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA

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

“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros

para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”⁶

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. Razón por la cual, es menester señalar que la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), en su sección segunda señala una serie de exclusiones, las cuales de consumarse exoneran de toda responsabilidad a mi prohijada.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1), éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

3.5. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS

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

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

No hay que dejar de lado, que el carácter de un contrato de seguro, es indemnizatorio, toda vez que está encaminado a reparar a favor del asegurado, los daños que ocurran cuando el siniestro se presente, hasta el monto del valor asegurado. Sobre este último aspecto, cabe centrar la atención de la Sala, pues la parte demandada aduce que la

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

obligación del contrato se limitaba a la suscripción de las pólizas de seguro, afirmación que iría en contra de la esencia misma del contrato, pues no podría entenderse que la obligación de cancelar los daños cuando se presentara el siniestro, no se encontraba prevista en dicho contrato. (...) Se desprende que las pólizas expedidas por la demandada, hacen parte del contrato suscrito entre las partes, y no son contratos aparte, como se señaló.

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

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

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

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: daño emergente, lucro cesante, daño emergente, perjuicios morales, daño a la salud, no son de recibo por cuanto su reconocimiento a cargo de la aseguradora correlativamente significaría una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro contenido en la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1). Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por presuntos perjuicios no demostrados.

Efectivamente, no habría lugar al reconocimiento de estos conceptos, dado que no es procedente el reconocimiento de perjuicios materiales e inmateriales, por cuanto es claro que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada toda vez que la póliza no ofrece cobertura temporal y además no se existe responsabilidad del CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S, por el fallecimiento del señor JOHAN GADIEL VERGARA HERNANDEZ (q.e.p.d.), máxime si se tiene en cuenta que respecto de los perjuicios materiales e inmateriales no existe prueba alguna que permita su reconocimiento. Adicionalmente, porque la solicitud indemnizatoria sobrepasa los topes indemnizatorios establecidos en la sentencia de unificación del Consejo de Estado.

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

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

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

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

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

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

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

También el art. 1568 del Código Civil Colombiano dispone:

“(…) En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito.

Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum.

La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley. (...)" (subrayado fuera de texto).

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

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

3.7. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

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

3.8. PAGO POR REEMBOLSO

En el remoto caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

3.9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

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

IV. MEDIOS DE PRUEBA

1. DOCUMENTALES

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

- Copia de la Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 475-88-994000000048 (anexos 0 y 1) expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. (Carátula, Condicionado Particular y General).

2. RATIFICACION DE DOCUMENTOS

Me permito respetuosamente, con base en el art. 262 del CGP, aplicable a este trámite por la remisión expresa del artículo 306 del CPACA, solicitar la ratificación del contenido y firma de los documentos que a continuación se relacionan:

- Informe Pericial de necropsia No. 202210176001112 del 12 de agosto de 2022, emitido por el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA JUDICIAL Y CIENCIAS FORENSES.
- Acta de inspección técnica a cadáver FPJ-10, del 25 de mayo de 2022, suscrita por el servidor de policía judicial EDGAR ANDRES MUÑOZ MONCAYO identificado con cedula de ciudadanía No. 94.379.999

3. INTERROGATORIO DE PARTE DE LOS DEMANDANTES

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

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

4. TESTIMONIALES

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

- **TESTIMONIO DEL MEDICO JUAN JOSE SANTAMRIA YACARI- ANESTESIOLO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 16941248 a quien se la podrá notificar en la dirección CL 7 #35-87 de Cali Valle del Cauca. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@csspmail.net o través de la **CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.**; o a través del suscrito Apoderado.

El objeto del testimonio es demostrar que las atenciones brindadas en la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S, desde el día 17 de mayo de 2022, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de urgencias, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad atribuida, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.

- **TESTIMONIO DEL MEDICO MIGUEL ANGEL RIVERA- MEDICO ORTOPEDA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1016012298, a quien se la podrá notificar en la dirección CL 7 #35-87 de Cali Valle del Cauca. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@csspmail.net o través de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.; o a través del suscrito apoderado.

El objeto del testimonio es demostrar que las atenciones brindadas en la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S, desde el día 17 de mayo de 2022, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de urgencias, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad atribuida, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.

- **TESTIMONIO DEL MEDICO FRANCISCO JOSE PEREZ- MEDICO INTENSIVISTA,** identificado con cedula de extranjería No. 496940, a quien se la podrá notificar en la dirección CL 7 #35-87 de Cali Valle del Cauca. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@csspmail.net o través de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.; o a través del suscrito apoderado.

El objeto del testimonio es demostrar que las atenciones brindadas en la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S, desde el día 17 de mayo de 2022, se ajustaron a todos los protocolos institucionales y de la lex artis, y conocer para efectos probatorios los detalles de las atenciones brindadas durante el servicio de urgencias, de las valoraciones y exámenes ordenados y diagnóstico, de las que la parte demandante hace alusión en los hechos de la demanda, y sobre la contestación que frente a los mismos hechos el suscrito Apoderado realizó en defensa de los intereses de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S., pues se intenta desvirtuar la supuesta responsabilidad atribuida, como también demostrar la inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño y las atenciones brindadas en el CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACIFICO S.A.S.

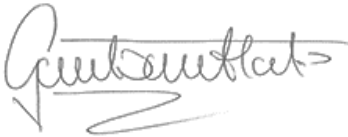
V. ANEXOS

1. Los documentos referenciados en el acápite de pruebas.

VI. NOTIFICACIONES

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

Cordialmente,



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

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4752107229

PÓLIZA No: 475 -88 - 994000000048 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.

COD. AGE: 475

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
18 11 2022

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2022 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIA MES AÑO
30 10 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2022 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.228.989-3

DIRECCIÓN: CALLE 9 B N° 42-115

CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA

TELÉFONO: 6025185000

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.228.989-3

DIRECCIÓN: CALLE 9 B N° 42-115

CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA

TELÉFONO: 6025185000

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

CIUDAD: BUENAVENTURA

DIRECCION: CARRERA 47 No. 4-2

ACTIVIDAD: CLINICA

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

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 100,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA

ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CARRERA 47 # 4 - 02, BUENAVENTURA - VALLE DEL CAUCA

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

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 118 (CIENTO DIEZ Y OCHO)

VIGENCIA: 365 días, 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.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****167,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ***31,732,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****198,747,850
------------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MDM ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA.	1950	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)000000000070004752107229

FIRMA TOMADOR

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

DIANMARTINEZ 0

CADF257A0E0FFB7C5D

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero - Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Defensor del Consumidor Financiero - Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com

Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
ASEGURADO:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

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 del 19 de noviembre de 2021, 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:

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

Poseción 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.

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 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

Por Proceso: COP \$20.000.000.

Por Evento: COP \$50.000.000.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / COP \$20.000.000 vigencia.

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

Poseción 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
ASEGURADO:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.
Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.
Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurado solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.
Declaraciones Inexactas o Reticencias: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.
Todas las modificaciones, alteraciones y/o extensiones deberán ser acordadas con Aseguradora Solidaria de Colombia.
Todos los amparos y anexos hacen parte del límite agregado de responsabilidad y no son en adición a este.

EXCLUSIONES:

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

Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos 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.

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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
ASEGURADO:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

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

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

1.1 Pérdida cibernética.

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

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

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

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

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

B. ACTO CIBERNÉTICO:

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

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

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

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

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

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

E. DATOS:

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
ASEGURADO:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

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: sin aplicación de deducible

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 100 SMMLV

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4752107229

PÓLIZA No: 475 -88 - 994000000048 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.

COD. AGE: 475

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
17 11 2023

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2023 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2024 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIA MES AÑO
30 10 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2023 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
18 11 2024 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.228.989-3

DIRECCIÓN: CALLE 9 B N° 42-115

CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA

TELÉFONO: 6025185000

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.228.989-3

DIRECCIÓN: CALLE 9 B N° 42-115

CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA

TELÉFONO: 6025185000

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

CIUDAD: BUENAVENTURA

DIRECCION: CARRERA 47 No. 4-2

ACTIVIDAD: CLINICA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,200,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,200,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		1,200,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,200,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 100,000,000.00 \$ 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: 10,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA

ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CARRERA 47 # 4 - 02, BUENAVENTURA - VALLE DEL CAUCA

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

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 75 (SETENTA Y CINCO)

VIGENCIA: 366 días, a partir de la fecha a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,200,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****200,347,397	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ***38,068,855	TOTAL A PAGAR: \$ *****238,431,253
------------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MDM ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA.	1950	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)00000000007000475210722

FIRMA TOMADOR

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

LIVESGA 0

CADF257A0C0FF47B58

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero - Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Defensor del Consumidor Financiero - Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezjlunaabogados@gmail.com

Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
ASEGURADO:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
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 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P180621MGG17G170

<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 La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir del 19 de noviembre de 2021, 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:

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

Poseción 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.

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 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

Por Proceso: COP \$20.000.000.

Por Evento: COP \$50.000.000.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / COP \$20.000.000 vigencia.

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

Poseción 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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
ASEGURADO:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

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

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

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

TODOS LOS AMPAROS, LÍMITES, SUBLÍMITES 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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
ASEGURADO:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

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.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN 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:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

1.1 Pérdida cibernética.

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

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

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

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

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

B. ACTO CIBERNÉTICO:

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

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: **994000000048** ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
ASEGURADO:	CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.228.989-3
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

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, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$100.000.000

**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 ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
12. CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
13. TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
14. TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 7 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/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 DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
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/O OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL

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

54. LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
55. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
56. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SALVO QUE CONSTE ACUERDO EXPRESO EN CONTRARIO.
57. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

ARTÍCULO 3° - ALCANCE DE LA COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA

CADA UNA DE LAS SECCIONES SEÑALADAS A CONTINUACIÓN DESCRIBE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE SE OTORGA, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

- 1.2 LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A PACIENTES COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL PARAMÉDICO VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON

AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y ACTUANDO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS, MIENTRAS DICHOS PACIENTES ESTÉN SIENDO TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, SIEMPRE QUE TALES AMBULANCIAS SEAN DE PROPIEDAD DE LA INSTITUCIÓN O ÉSTA DEBA LEGALMENTE RESPONDER POR ELLAS EN VIRTUD DE SU TENENCIA Y CONTROL PERMANENTES.

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

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

2.1. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS PREDIOS SE ENCUENTREN MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

2.2. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, SIEMPRE Y CUANDO TALES APARATOS Y EQUIPOS SEAN DIFERENTES A LOS QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA Y, ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

2.3. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A UNA RECETA MÉDICA, ELLA CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS, HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE LOS MEDICAMENTOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y OCASIONEN LESIONES CORPORALES; SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

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

- 2.4. LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TALES COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYAN SIDO ELABORADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, Y LA INSTITUCIÓN CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS, LOS HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, Y OCASIONEN LESIONES CORPORALES; SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.**

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

3. GASTOS DE DEFENSA

LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN 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 INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

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

ARTÍCULO 6° - LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

- A. PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO DE QUE HABRÍAN DE SER INICIADAS EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS

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 PERÍODO 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:

- 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.
- 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.
- 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.