

7652031030-01-2024-00054-00 CONTESTACION DEMANDA COMFANDI Y LLAMAMIENTO A CHUBB S.A.

Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>

Lun 29/07/2024 4:53 PM

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Valle del Cauca - Palmira <j01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Notificaciones Judiciales <notificacionesjudiciales@comfandi.com.co>; juridico@segurosdelestado.com

<juridico@segurosdelestado.com>; judicial@clinicapalmira.com <judicial@clinicapalmira.com>; gonzalezrenzaasesorias

<gonzalezrenzaasesorias@hotmail.com>; Ana Maria Martinez Rioja <amrioja@sos.com.co>

No suele recibir correos electrónicos de harold.aristizabal@conava.net. [Por qué esto es importante](#)

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

J01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co

E S D

REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

DEMANDANTE CALOS DARIO GOMEZ CEBALLOS Y OTROS

DEMANDADO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL

CAUCA – COMFANDI Y OTROS

RADICACIÓN 76520310300120240005400

Cordial saludo,

HAROLD ARISTIZABAL MARIN, identificado con la C.C. No. 16.678.028 de Cali, Abogado en ejercicio portador de la T.P. No. 41.291 del C. S. de la Judicatura, dirección electrónica para notificaciones:

harold.aristizabal@conava.net,

En mi condición de apoderado de Comfandi conforme poder allegado al proceso, me permito allegar en archivos PDF CONTESTACION DE DEMANDA Y ANEXOS así como LLAMAMIENTO en GARANTIA formulado a CHUBB S.A. contenidos en el siguiente LINK.

☐ [CONTESTACION COMFANDI VS CARLOS DARIO GOMEZ](#)

Así:

- I. Contestación Demanda Comfandi
- II. Certificado de E y RL Comfandi
- III. Poder
- IV. HCI
- V. Consentimiento Informado
- VI. Descripción Quirúrgica
- VII. Registro recuperación
- VIII. Dictamen de Cirugía General Dr. Jairo Ramirez
- IX. Hoja de vida Dr. Jairo Ramirez
- X. (5) Diplomas Dr. Jairo Ramirez
- XI. Diplomas y hoja de vida Dr. German Arango Botero y hoja de vida.
- XII. Registro de habilitación de servicios de IPS COMFANDI PALMIRA que no cuenta con UCI
- XIII. Formulación de Llamamiento en garantía a CHUBB S.A.
- XIV. Renovación de POLIZA 67245 vigente a la reclamación E Histórico de la póliza vigente para el momento de ocurrencia
- XV. Certificado de existencia y RL de CHUBB S.A.

Confirmar recibido y leído

Sinceramente.,

Harold Aristizabal Marín

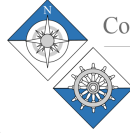
TP. 41291 CSJ

CC 16678028

RNA harold.aristizabal@conava.net

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
Director General

CEL: +57 315 401 22 01
EMAIL: ham.conava@gmail.com - conava@conava.net
PBX: +57 - 2 488 09 99 FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"
Código Postal 760044
Santiago de Cali - Colombia



Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

J01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co

E

S

D

REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

DEMANDANTE CALOS DARIO GOMEZ CEBALLOS Y OTROS

DEMANDADO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA – COMFANDI Y OTROS

RADICACIÓN 76520310300120240005400

ALEJANDRA JARAMILLO GONZALEZ, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Directora Administrativa suplente y como tal Representante legal de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA- COMFAMILIAR ANDI (COMFANDI)**, Corporación de carácter privado, sin ánimo de lucro, con existencia legal y domicilio en Cali, con Nit. 890.303.208-5 y personería jurídica reconocida por Resolución No. 2734 del 3 de octubre de 1957, expedida por el Ministerio de Justicia, dirección electrónica para notificaciones: notificacionesjudiciales@comfandi.com.co, todo lo cual acredito con la constancia expedida al respecto por la Superintendencia se Subsidio Familiar, documento que acompaño, manifiesto a Usted por medio de este escrito que confiero Poder Especial, Amplio y Suficiente al Dr. **HAROLD ARISTIZABAL MARIN**, igualmente mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la C.C. No. 16.678.028 de Cali, Abogado en ejercicio portador de la T.P. No. 41.291 del C. S. de la Judicatura, dirección electrónica para notificaciones: harold.aristizabal@conava.net, para que conteste la demanda, formule excepciones, llame en garantía, proponga incidentes y realice todas las gestiones pertinentes de esta clase de mandato y en defensa de los intereses de la Corporación que represento.

El Apoderado queda facultado para conciliar, transigir, desistir, sustituir, recibir, reasumir, y efectuar todas las acciones y tramites necesarios en el cumplimiento de su mandato.

Solicito a usted, reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente poder.

Sinceramente,

ALEJANDRA JARAMILLO GONZALEZ

C.C. No. 66.783.599

notificacionesjudiciales@comfandi.com.co

Acepto el presente poder

HAROLD ARISTIZABAL MARIN

C.C. No.16.678.028 de Cali

T.P. No. 41.291 C.S. J

harold.aristizabal@conava.net



SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ D.C. 18/06/2024

**LA SUSCRITA SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD
ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LO
DISPUERTO EN EL NUMERAL 15 DEL ARTÍCULO 16 DEL DECRETO 2595 DE 2012**

CERTIFICA

NOMBRE: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI -
COMFANDI

NIT. 890.303.208-5

DOMICILIO: CALI

DIRECCIÓN: CARRERA 23 No. 26B - 46 AUTOPISTA SUR ORIENTAL

TELÉFONO: 3340000, 3358742, 3364353

EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES: notificacionesjudiciales@comfandi.com.co

CONSTITUCIÓN Y OBJETO

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI ES UNA ENTIDAD PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO, ORGANIZADA COMO CORPORACIÓN QUE CUMPLE FUNCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y GOZA DE PERSONERÍA JURÍDICA CONFERIDA POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN No. 2734 DEL 3 DE OCTUBRE DE 1957, EMITIDA POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA DE MANERA INDEFINIDA Y SE ENCUENTRA FACULTADA PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 41 Y 62 DE LA LEY 21 DE 1982, EL ARTICULO 16 DE LA LEY 789 DE 2002, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN.

EL OBJETO DE LA CORPORACIÓN ES EL DE PROMOVER LA SOLIDARIDAD SOCIAL ENTR
E EMPLEADORES Y TRABAJADORES MEDIANTE EL OTORGAMIENTO DE SUBSIDIO EN
DINERO O EN ESPECIE Y
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE, ORGANIZADOS CON EL ESFUERZO COMÚN,
INCREMENTEN EL PODER ADQUISITIVO DE LOS NÚCLEOS FAMILIARES.
ESPECÍFICAMENTE LA CAJA TENDRÁ LAS FUNCIONES QUE SE SEÑALAN EN EL ARTÍCULO
16 DE LA LEY 789 DE 2002, QUE ADICIONA EL ARTÍCULO 41 DE LA LEY 21 DE 1982.

REPRESENTACIÓN LEGAL

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 55 DE LA LEY 21 DE 1982 Y EL
ARTÍCULO 49 DE LOS ESTATUTOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR XX, LA
REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA CORPORACIÓN ESTA A CARGO DEL DIRECTOR
ADMINISTRATIVO, QUIEN SERA ELEGIDO POR EL CONSEJO DIRECTIVO.

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional www.ssf.gov.co

Correo electrónico ssf@ssf.gov.co

Carrera 69 No. 25 B - 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





DIRECTORES ADMINISTRATIVOS	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NOMBRES	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	16.789.565	JACOBO TOVAR CAICEDO	112 25/02/2016
SUPLENTE	66.783.599	ALEJANDRA JARAMILLO GONZÁLEZ	0135 24/03/2021
TERCER SUPLENTE	16.696.618	DAVID ALBERTO LONDOÑO ISAZA	0524 02/10/2009

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

CONFORME AL ARTICULO 50 DE LOS ESTATUTOS SON FUNCIONES DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO LAS SIGUIENTES: A) CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LOS ESTATUTOS, REGLAMENTOS INTERNOS, ORDENES Y RESOLUCIONES DE LOS DIVERSOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN. B) PRESENTAR ANTE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR LOS INFORMES GENERALES O PERIÓDICOS QUE SE LE SOLICITEN SOBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS, EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LOS PLANES Y PROGRAMAS, LA SITUACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD Y LOS TÓPICOS QUE SE RELACIONAN CON LA POLÍTICA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO. C) RENDIR ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO LOS INFORMES TRIMESTRALES DE GESTIÓN Y DE RESULTADOS. D) PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL EN ASOCIO DEL CONSEJO DIRECTIVO EN LAS SESIONES ORDINARIAS DE AQUELLA, UN INFORME DETALLADO SOBRE LA MARCHA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA INSTITUCIÓN Y SOBRE LAS INNOVACIONES QUE CONVenga INTRODUCIR, PROYECTOS DE DESARROLLO, PROGRAMAS TENDIENTES AL MEJOR SERVICIO DE LOS ASOCIADOS. E) PRESENTAR AL CONSEJO DIRECTIVO LOS PROYECTOS DE DESARROLLO DESTINADOS AL MEJORAMIENTO Y EXTENSIÓN A OTRAS ÁREAS DE LOS SERVICIOS DE LA CAJA, ASÍ COMO LOS PRESUPUESTOS DE INGRESOS Y GASTOS DE LA CORPORACIÓN EN CADA CASO Y CON LA PERIODICIDAD CONVENIENTE. F) CUIDAR DE LA RECAUDACIÓN E INVERSIÓN DE LOS FONDOS DE LA CORPORACIÓN. G) ADQUIRIR Y ENAJENAR BIENES MUEBLES E INMUEBLES, CELEBRAR EL CONTRATO COMERCIAL DE CAMBIO EN TODAS SUS MANIFESTACIONES, ASÍ COMO LOS DEMÁS ACTOS DE DISPOSICIÓN Y ADMINISTRACIÓN, DENTRO DE LAS LIMITACIONES QUE ESTABLEZCA EL CONSEJO DIRECTIVO PERIÓDICAMENTE. H) ASUMIR LA REPRESENTACIÓN DE LA CAJA CON ATRIBUCIONES PARA CONFERIR A TERCEROS EN ORDEN DE LA DEFENSA DE LOS INTERESES DE LA ENTIDAD CON FACULTADES PARA CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR, DESISTIR Y SUSTITUIR, CON LA LIMITACIÓN EN CUANTÍA QUE PREVIAMENTE FIJE EL CONSEJO DIRECTIVO. I) HACER LOS NOMBRAMIENTOS DEL PERSONAL PARA LOS CARGOS CREADOS POR EL CONSEJO DIRECTIVO Y QUE NO SEAN DE LA EXCLUSIVA COMPETENCIA DE ESTE O DE LA ASAMBLEA GENERAL. J) SEÑALAR LAS ATRIBUCIONES DE CADA CARGO; DELEGAR LAS FUNCIONES QUE ESTIME CONVENIENTE DE CONFORMIDAD CON EL CONSEJO Y PRESENTAR A ESTE ÚLTIMO PERIÓDICAMENTE EL PROYECTO DE ASIGNACIONES DENTRO DE LAS CORRESPONDIENTES CATEGORÍAS EN QUE SE ENCUENTRE UBICADO EL PERSONAL DENTRO DEL ESCALAFÓN DE OFICIOS Y SALARIOS DE LA EMPRESA. K) LLEVAR LA REPRESENTACIÓN DE LA CORPORACIÓN ANTE LOS ESTAMENTOS CÍVICOS, SOCIO- ECONÓMICOS Y CULTURALES DE LA COMUNIDAD. L) LOS DEMÁS QUE LE ASIGNE EL CONSEJO DIRECTIVO O LA ASAMBLEA.

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX :+57 (601) 348 78 00

Portal Institucional www.ssf.gov.co

Correo electrónico ssf@ssf.gov.co

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





LIMITACIONES PARA CONTRATAR:

EN EL ACTA No. 71 CORRESPONDIENTE A LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE EMPLEADORES AFILIADOS REALIZADA EL 25 DE MAYO DE 2023, SE ESTABLECIÓ LA CUANTÍA HASTA LA CUAL PUEDE CONTRATAR EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO SIN AUTORIZACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO ASÍ:

- PARA SUSCRIBIR CONTRATOS HASTA POR MIL (1000) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES.
- CONTRATOS PARA LA VENTA O SUMINISTRO DE BIENES O SERVICIOS CON PERSONAS NATURALES O JURÍDICA DE CARÁCTER PRIVADO O PÚBLICO, QUE NO COMPRENDA LA VENTA Y/O COMPRA DE BIENES INMUEBLES DE LA CORPORACIÓN, UNA CUANTÍA DE CINCO MIL (5000) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES.

ESTA DECISIÓN FUE APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0017 DEL 04 DE ENERO DE 2024. (EJECUTORIADA EL 07 DE FEBRERO DE 2024).

REPRESENTANTES LEGALES ANTE AUTORIDADES JURISDICCIONALES:

NOMBRE: DAVID ALBERTO LONDOÑO ISAZA

C.C. 16.696.618

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0524 DEL 2/10/2009

CONSEJO DIRECTIVO - PERIODO 2022 - 2026

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES APROBADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 632 DEL 29/09/2022.

PRINCIPAL		
RENGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER RENGLÓN	INNOVACIÓN Y GERENCIA LTDA. NIT. 900.115.850-3	EDUARDO FERNÁNDEZ DE SOTO TORRES C.C. No. 14.986.983
SEGUNDO RENGLÓN	EXTRAS S.A. NIT. 890.327.120-1	MARCELA LONDOÑO ESTRADA C.C. No. 66.987.159
TERCER RENGLÓN	VALLECILLA B. Y VALLECILLA M. Y CIA S.C.A CARVAL DE COLOMBIA NIT. 890.318.919-9	LILIANA VALLECILLA MARTÍNEZ C.C. No. 31.147.223

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX : +57 (601) 348 78 00

Portal Institucional www.ssf.gov.co

Correo electrónico ssf@ssf.gov.co

Carrera 69 No. 25 B - 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





CUARTO RENGLÓN	MULTI OFICINAS DE COLOMBIA S.A.S NIT. 900.512.969-3	KEES GUILLERMO STAPEL CAICEDO C.C. No. 16.749.106
QUINTO RENGLÓN	FEDERACIÓN NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA NIT. 860.007.538-2	HÉCTOR FABIO CUELLAR LÓPEZ C.C. No. 19.345.998
SUPLENTE		
RENGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER RENGLÓN	DATECSA S.A NIT. 800.136.505-4	CARLOS ANDRÉS PIEDRAHITA TELLO C.C. No. 94.382.633
SEGUNDO RENGLÓN	CARVAJAL PROPIEDADES E INVERSIONES S.A. NIT. 890.300.005-3	ANA MILENA MUÑOZ ROLDAN C.C. 31.176.480
TERCER RENGLÓN	TECNOQUÍMICAS S.A NIT. 890.300.466-5	ANA MARÍA ÁLVAREZ ROBLEDO C.C. No. 31.170.896
CUARTO RENGLÓN	GESTIONES & NEGOCIOS SAS NIT. 800.109.327	FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA C.C. 16.737.287
QUINTO RENGLÓN	PROTERRA COLOMBIA S.A NIT. 891.300.671-2	MAURICIO BARNEY VILLEGAS C.C. No. 16.781.818

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES

DESIGNADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 3021 DEL 27 DE JULIO DE 2022 PROFERIDA POR EL MINISTERIO DEL TRABAJO Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR A PARTIR 27 DE SEPTIEMBRE DE 2022.

PRINCIPAL		
RENGLÓN	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER RENGLÓN	INDUSTRIA LICORERA DEL VALLE NIT. 890.399.012-0	VICTOR MANUEL ESCOBAR MORENO CC. 14.880.373
SEGUNDO RENGLÓN	SOCIEDAD DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS DEL VALLE DEL CAUCA S.A. E.S.P. NIT. 890.399.032-8	MARGARITA LÓPEZ C.C. No. 29.809.875
TERCER RENGLÓN	CARTÓN DE COLOMBIA S.A. NIT. 890.300.406	LUIS ÁLVARO VILLANUEVA SANTOS C.C. No. 10.024.196

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX : +57 (601) 348 78 00

Portal Institucional www.ssf.gov.co

Correo electrónico ssf@ssf.gov.co

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





CUARTO RENGLÓN	PROVIDENCIA NIT. 891.300.238-6	DIEGO TEJADA MÁRQUEZ C.C. No. 6.402.590
QUINTO RENGLÓN	MANUELITA S.A. NIT. 891.300.241-9	JAIRO ANTONIO SAAVEDRA GONZÁLEZ C.C. No. 6.292.294
SUPLENTE		
RENGLÓN	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER RENGLÓN	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI NIT 890.303.841-8	LUIS ENRIQUE VALENCIA ANGULO C.C. No. 16.779.703
SEGUNDO RENGLÓN	BAVARIA S.A NIT- 860.005.224-6	JIMMY CAMARILLO VIVAS C.C. No. 94.524.744
TERCER RENGLÓN	U.A.E. DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES NIT. 800.197.268-4	SAMUEL JOSÉ GARCÍA PABÓN C.C. No. 79.807.712
CUARTO RENGLÓN	AGRÍCOLA CAUCANA S.A NIT. 891.300.222-9	NELSON MOLINA C.C. No. 6.398.928
QUINTO RENGLÓN	INGENIO CARMELITA NIT. 891.900.196- 1	APOLINAR SOLIS MOSQUERA C.C. No. 94.391.653

REVISOR FISCAL - PERIODO 2022-2026

REVISOR FISCAL	PERSONA JURÍDICA	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TARJETA PROFESIONAL	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN	ACTA Y FECHA DE POSESIÓN
PRINCIPAL	CG CONSULTORÍA CONTABLE S.A.S. NIT. 900.763.418-3	CONSTANZA EUGENIA COLLAZOS GÓMEZ	31.938.125	36.623-T	0632 29/09/2022	003 25/04/2023
SUPLENTE	N/A	CARLOS ANDRÉS BUENO PORTILLA	16.506.322	97940-T	0017 04/01/2024	013 06/03/2024

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX : +57 (601) 348 78 00

Portal Institucional www.ssf.gov.co

Correo electrónico ssf@ssf.gov.co

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio





SuperSubsidio
Cuidamos tu bienestar social

EL PRESENTE CERTIFICADO CUENTA CON UNA VIGENCIA DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO.

GLORIA MARIBEL TORRES RAMÍREZ
SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA
Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

Línea Atención al Ciudadano +57 (601) 348 77 77

Línea Gratuita Nacional 018000 910 110

PBX : +57 (601) 348 78 00

Portal Institucional www.ssf.gov.co

Correo electrónico ssf@ssf.gov.co

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7

Bogotá - Colombia

FO-COP-004 vr-1

@Supersubsidio



Historia Clínica General

Paciente	: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	Fec. Nac.	: 18.05.1955
Identificación	: CC - 29699419	Edad/Sexo	: 67 a / F
Especialidad	: U.M. Qx Cirugia General	Fecha Adm.	: 30.06.2022
Ubicación	: Comfandi-Palmira	Cama/Epis.	: 72KAPQ01 / 32211531
Fec. Registro	: 30.06.2022	Hora Reg.	: 18:01:00
Aseguradora	: SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CONTRIBU		

Mod.atención :
Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : cirugía colelap
Enfermedad Actual : presenta episodios de dolor tipo colicco en hemiabdomen superior , acompañado de intolerancia alimentaria ecografía hepatobiliar reporta presencia de calculos en vesícula biliar. no se realiza colelap

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : n
Ojos : n
Otorrinolaringología : n
Cuello : n
Tórax : n
Cardiaco : n
Pulmonar : n
Digestivo : n
Genitourinario : n
Sist. Nerv. Central : n
Piel : n
Extremidades : n
Otros : n

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura	: 37,0	°C	Peso	: 68,0	Kg	Per. Cefálico	: cm
Presión arterial	: 180	mm Hg	Per. Abd.	:	cm	Talla	: 1,58 mtrs
Frec. Cardíaca	: 80	x min	IMC	: 27,239	Kg/m2	SC (m2)	: 1,77
Frec. Respiratoria	: 20	x min	Sat con O2	:	%	Sat sin O2	: %

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratación
Estado General : Bueno

Hallazgos

Cabeza y Craneo : n
Ojos : n
ORL : n

Paciente : ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación : CC - 29699419

Historia Clínica General

Boca : n
Cuello : n
Tórax/Mamas : n
Abdomen : n
Genitourinario : n
Extremidades : n
Sist. Nev. Central : n
Ex. Mental : n
Piel y Faneras : n
Otros Hallazgos : n

Análisis y Conducta : se remite a otro nivel

Firmado electrónicamente por

Responsable : ARANGO BOTERO,GERMAN
Profesión : CIRUGIA GENERAL

Registro Profesional : 16993

Diagnósticos

Fecha : 30.06.2022 / 09:13

Codigo : K802
Diagnostico : CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS
Clase : Confirmado Nuevo

Firmado electrónicamente por

Responsable : ARANGO BOTERO, GERMAN
Profesión : CIRUGIA GENERAL

Medicamentos

Fecha : 30.06.2022 / 11:05

Responsable : VALENCIA RODRIGUES, JOSE ANTONIO
Medicamento : MIDAZOLAM 15 MG / 3 ML AMP 3ML.
Presentación : SOLUCION
Via Adm. : INTRA-VENOSA
Dosis : 1 AMP
Frecuencia : DOSIS UNICA

Fecha : 30.06.2022 / 11:06

Responsable : VALENCIA RODRIGUES, JOSE ANTONIO
Medicamento : FENTANILO 0.5 MG AMP 10ML.
Presentación : SOLUCION
Via Adm. : INTRA-VENOSA
Dosis : 1 AMP
Frecuencia : DOSIS UNICA

Fecha : 30.06.2022 / 12:46

Responsable : VALENCIA RODRIGUES, JOSE ANTONIO
Medicamento : REMIFENTANIL 2 MG AMP.
Presentación : POLVO
Via Adm. : INTRA-VENOSA
Dosis : 1 AMP
Frecuencia : DOSIS UNICA

Fecha : 30.06.2022 / 14:37

Responsable : ARANGO BOTERO, GERMAN
Medicamento : DICLOFENAC TAB 50 MG.
Presentación : TABLETA
Via Adm. : ORAL
Profesión : CIRUGIA GENERAL
Dosis : 1 TAB
Frecuencia : CADA 8 HORAS

Ordenes Clínicas de Cirugía

Fecha : 30.06.2022 Hora : 08:20

Responsable : ARANGO BOTERO, GERMAN
OPANKER ANCLA PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA
0000512104 COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA
Profesión : CIRUGIA GENERAL

Paciente : ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación : CC - 29699419

Historia Clínica General

0000542101LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA

Fecha : 30.06.2022Hora : 08:20

Responsable : CARVAJAL ORDOÑEZ, MARIA DEL PILARProfesión : AUXILIAR DE ENFERMERIA

ANANKERANCLA PARA PRESTACION ANESTESIA

Alta Médica

Fecha de Alta : 30.06.2022Hora : 18:09

Tipo de Alta : Mejoria

Condición al Egreso : VivoDestino :

Responsable Alta : ARANGO BOTERO, GERMANRegistro Médico:

Profesion :

Responsable : ARANGO BOTERO,GERMAN

Profesión : CIRUGIA GENERAL

Registro Profesional : 16993

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS, identificado con el documento de identidad N° 29699419 manifiesto que el (la) Doctor(a) ARANGO BOTERO, GERMAN de la IPS me ha informado que presento: K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECI STITIS; y en un lenguaje claro, sencillo y comprensible para mí, me ha explicado suficiente y adecuadamente en qué consiste dicha alteración.

Para explicarme y facilitar mi comprensión utilizó EXPLICACIÓN HABLADA y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y despejar todas mis dudas.

Igualmente declaro que he recibido de parte del (la) profesional suficiente y adecuada información en términos sencillos y claros acerca de o los procedimiento(s) aconsejable(s) que me propone denominado(s):colecistectomia ; me ha indicado cuál es la naturaleza y objetivo del procedimiento que me propone y también me ha advertido acerca de los riesgos generales propios del procedimiento a realizar.

Entre los riesgos individuales correspondientes a mi caso específico mencionó:infección , sangrado , perforaacion intestinal o biliar , sepsis

Entre las alternativas de tratamiento posibles mencionó:

Las posibles consecuencias de no realizar ningún tratamiento son:

Por considerarme suficientemente informado(a) y haber comprendido el procedimiento que se me propone como aconsejable, manifiesto libremente que consiento la realización del procedimiento referido; la utilización de todos los medios técnico-científicos disponibles y todo lo que el profesional y/ o el grupo quirúrgico de la IPS consideren necesario en caso de llegarse a presentar cualquier tipo de complicación.

También consiento la realización de todo procedimiento, tratamiento o intervenciones adicionales o alternativas que en opinión del grupo médico de esta institución o como consecuencia de eventos adversos o complicaciones sean necesarios y me comprometo a seguir las recomendaciones y el tratamiento ordenado.

En caso de ser menor de edad o con impedimentos para la firma se informa y autoriza el responsable del paciente.

Para constancia se firma en , el 02/05/2022 a las 09:09:06

		
ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	ARANGO BOTERO, GERMAN	Testigo o Responsable Pte
29699419	16993	N° ID: 1.112.231.222

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO

Yo, **ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS**, identificado(a) con documento de identidad N°: **29699419**, por medio del presente documento autorizo al (a) Dr. (a) **HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME** para que me asista con la anestesia en el procedimiento quirúrgico denominado: **COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA**

El (la) Dr. (a) **HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME**, me ha explicado la naturaleza y el propósito del acto anestésico, también me ha informado sobre las posibles alternativas, ventajas, molestias, riesgos y complicaciones. De acuerdo al tipo y sitio de la anestesia los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, vómito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras.

Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central y/o periférico, daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, neumonía, sueño o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, infarto del miocardio, trombosis o embolia cerebral y hasta la muerte.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Entiendo que en el curso del procedimiento anestésico pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento inicial o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos, si los médicos lo juzgan necesario.

Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

En caso de ser menor de edad o con impedimentos para la firma, se informa y autoriza el responsable del paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de: ., 02/06/2022; 10:52:14

FIRMAS:

<p><i>Rosa Emilia G.</i> <i>+29699419 P.</i></p>	<p><i>Luz Karime Hormaza</i> ANESTESIOLOGA Universidad Austral de Chile REG. No. 20417-24717</p>	
PACIENTE	PROFESIONAL	TESTIGO O RESPONSABLE
ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME	<i>Julieta Castro</i>
29699419	31713284	N° D.I.: <i>1.172.231.222</i>

TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS - CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad: , 02/06/2022

Por medio del presente documento, yo **ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS**, Identificado con el documento de identidad N° **29699419**, manifiesto que he recibido por parte del (la) Doctor (a) **HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME** y/o el grupo de salud de Comfandi, información acerca de la necesidad de recibir una transfusión de sangre y/o de sus componentes con el propósito de mejorar mi estado de salud y tener un apropiado cuidado.

Me han descrito los riesgos y beneficios de recibir dicha transfusión.

Me han informado que a pesar de los métodos empleados en la detección de posibles complicaciones relacionadas con la transfusión sanguínea y/o sus derivados, estas pueden presentarse y que las más importantes son:

- 1.- Transmisión de enfermedades infecciosas;
- 2.- Reacciones Transfusionales (fiebre, reacciones en la piel, shock anafiláctico) que aparecen mas frecuentemente conforme aumenta el número de transfusiones.
- 3.- Complicaciones locales (En sitio de punción venosa)
4. Otras complicaciones y eventos adversos incluida la muerte.

Se me han explicado las alternativas a la transfusión, los riesgos y consecuencias de no recibirla y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar todas mis dudas al respecto.

Consiento que se me realice la transfusión de sangre y/o hemoderivados.

En caso de ser menor de edad o con impedimentos para la firma se informa y autoriza el responsable del paciente.

	 Luz Karime Hormaza ANESTESIOLOGA Universidad Austral de Chile REG. No. 2017-24717	
ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME	Juliza Castro
29699419	31713284	N° Identidad: 1-112-231-222

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DELCAUCA

IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente	ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	Tipo de Documento	CC	Número de Documento	29699419
Fecha de Nacimiento	18/05/1955	Edad Atención	67 años 1 mes	Edad Actual	67 años 1 mes
Sexo	Femenino	Estado Civil		Ocupación	NO APLICA
Dirección de Domicilio	CLL 12 NO 16 90	Teléfono Domicilio	3207632216*31174	Lugar de Residencia	PRADERA
Asegurador	SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CON	Categoría	A	Tipo de Vinculación	RCT: Beneficiario
Episodio	32211531	Lugar de Atención	IPS COMFANDI PALMIRA	Cama:	KAPQ01
Fecha de Atención	30/06/2022	Hora de Atención	17:49:33		

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

Fecha de Cirugía: 30/06/2022
 Hora Inicio cirugía: 08:20 Hora final: 09:15 Tiempo Total: 0 :55
 Diagnóstico Principal: K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS
 Diagnóstico Pos Quirúrgico:
 K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS
 Sala: 72QXCI01

Lista de chequeo Seguridad del Paciente

Paciente correcto	Sí	Consentimiento informado de cirugía	Sí
Procedimiento Correcto	Sí	Marcación correcta del Sitio Quirúrgico	Sí

Equipo médico

Cirujano	ARANGO BOTERO, GERMAN
Anestesiólogo 1	VALENCIA RODRIGUES, JOSE ANTONIO
Ayudante	BASTIDAS GARCIA, VICTORIA EUGENIA
Circulante de sala	CUERO NUÑEZ, MARIA NEYCI
Instrumentador	FLOREZ LEGARDA, DIANA CAROLINA

Información de la cirugía

Información Cirugía	Electiva
Tipo de Evento	Electiva
Clasificación Topográfica	Abdomen
Clase de Herida	Limpia
Finalidad del procedimiento	Diagnóstico
Antibióticos profilácticos	Sí

Procedimientos realizados

Código	Vía	Cirugía realizada
542101	Única	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA

Hallazgos

coletitiasi sintomatica

IDENTIFICACIÓN**Nombre del paciente** ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS**Tipo de documento** CC**Número de documento** 29699419**Descripción del procedimiento**

SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA
COLOCACION DE CAMPOS OPERATORIOS
INFILTRACION, INSICION DE PUERTOS QX
SE REALIZA LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA SE OBSERVA ADHERENCIAS SEVERAS
POR EL CUAL NO SE PUEDE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO
CIERRE DE HERIDAS CON VICRYL 1 Y PROLENE 3/0
CURACION CON GASAS Y FISTOMUL ESTERIL

Recuento de compresas Si

Sangrado NO

Condición de egreso Vivo

Estudio Anatomo-patológico No

Responsable ARANGO BOTERO GERMAN

Registro Médico: 16993

Documento de Identidad 10254391

Especialidad CIRUGIA GENERAL

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Paciente	: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	Fec. Nac.	: 18.05.1955
Identificación	: CC - 29699419	Edad/Sexo	: 67 a / F
Especialidad	: U.M. Qx Cirugia General	Fecha Adm.	: 30.06.2022
Ubicación	: Comfandi-Palmira	Cama/Epis.	: 72KAPQ01 / 32211531
Fec. Registro	: 30.06.2022	Hora Reg.	: 09:25:47
Aseguradora	: SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CONTRIBU		

TEST DE ALDRETE

Fecha Dato : 30.06.2022 **Hora Dato** : 15:20
Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría	: 90,00	%	PAS	: 99	mm Hg	PAD	: 62	mm Hg	PAM	: 74
Frec. Cardíaca	: 98	x min	Frec. Respiratoria	: 12	x min					
Temperatura	: 0,0	°C	FIO2	: 0	%					

TEST DE ALDRETE

SO2	: Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente	Movimiento	: Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración	: Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente	Miembros	:
Circulación	: PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.	Consciencia	: Completamente Despierto
Total	: 010		

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022 **Hora Dato** : 15:10
Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría	: 90,00	%	PAS	: 99	mm Hg	PAD	: 62	mm Hg	PAM	: 72
Frec. Cardíaca	: 98	x min	Frec. Respiratoria	: 12	x min					
Temperatura	: 0,0	°C	FIO2	: 0	%					

TEST DE ALDRETE

SO2	: Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente	Movimiento	: Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración	: Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente	Miembros	:
Circulación	: PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.	Consciencia	: Completamente Despierto
Total	: 010		

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022 **Hora Dato** : 15:00
Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 95 mm Hg **PAD** : 61 mm Hg **PAM** : 70
Frec. Cardíaca : 98 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 14:50

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 93 mm Hg **PAD** : 59 mm Hg **PAM** : 70
Frec. Cardíaca : 103 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 14:40

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 93 mm Hg **PAD** : 59 mm Hg **PAM** : 72
Frec. Cardíaca : 100 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.
Total : 010

Consciencia : Completamente Despierto

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 14:30

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 95 mm Hg **PAD** : 60 mm Hg **PAM** : 71

Frec. Cardíaca : 99 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente

Miembros :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.

Consciencia : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 14:20

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 94 mm Hg **PAD** : 60 mm Hg **PAM** : 71

Frec. Cardíaca : 99 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente

Miembros :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.

Consciencia : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 14:10

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria**PARÁMETROS**

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 94 mm Hg **PAD** : 60 mm Hg **PAM** : 71
Frec. Cardíaca : 99 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022**Hora Dato** : 14:00**Tipo Anestesia** : Anestesia General Adulto**PARÁMETROS**

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 98 mm Hg **PAD** : 57 mm Hg **PAM** : 70
Frec. Cardíaca : 99 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022**Hora Dato** : 13:50**Tipo Anestesia** : Anestesia General Adulto**PARÁMETROS**

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 99 mm Hg **PAD** : 56 mm Hg **PAM** : 67
Frec. Cardíaca : 99 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.
Total : 010

Consciencia : Completamente Despierto

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 13:40

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 99 mm Hg **PAD** : 51 mm Hg **PAM** : 71

Frec. Cardíaca : 99 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente

Miembros :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.

Consciencia : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 13:30

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 99 mm Hg **PAD** : 57 mm Hg **PAM** : 72

Frec. Cardíaca : 99 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente

Miembros :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.

Consciencia : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 13:20

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

PARÁMETROS

Oximetría : 98,00 % PAS : 99 mm Hg PAD : 58 mm Hg PAM : 69
Frec. Cardíaca : 99 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. Consciencia : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 13:10

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 98,00 % PAS : 90 mm Hg PAD : 58 mm Hg PAM : 75
Frec. Cardíaca : 99 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. Consciencia : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 13:00

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 98,00 % PAS : 101 mm Hg PAD : 62 mm Hg PAM : 68
Frec. Cardíaca : 100 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.
Total : 010

Consciencia : Completamente Despierto

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 12:50

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 98,00 % **PAS** : 92 mm Hg **PAD** : 56 mm Hg **PAM** : 75

Frec. Cardíaca : 97 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente **Miembros** :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 12:40

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 97,00 % **PAS** : 99 mm Hg **PAD** : 61 mm Hg **PAM** : 75

Frec. Cardíaca : 100 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente **Miembros** :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 12:30

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

PARÁMETROS

Oximetría : 97,00 % **PAS** : 100 mm Hg **PAD** : 63 mm Hg **PAM** : 75
Frec. Cardíaca : 98 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 12:20

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 97,00 % **PAS** : 99 mm Hg **PAD** : 63 mm Hg **PAM** : 70
Frec. Cardíaca : 100 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 12:10

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 97,00 % **PAS** : 93 mm Hg **PAD** : 59 mm Hg **PAM** : 70
Frec. Cardíaca : 99 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.
Total : 010

Consciencia : Completamente Despierto

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 12:00

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 96,00 % **PAS** : 92 mm Hg **PAD** : 66 mm Hg **PAM** : 69

Frec. Cardíaca : 88 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 11:50

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 95,00 % **PAS** : 92 mm Hg **PAD** : 57 mm Hg **PAM** : 71

Frec. Cardíaca : 90 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 11:40

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

PARÁMETROS

Oximetría : 95,00 % PAS : 82 mm Hg PAD : 51 mm Hg PAM : 69
Frec. Cardíaca : 100 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. Consciencia : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 11:30

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 91,00 % PAS : 93 mm Hg PAD : 57 mm Hg PAM : 61
Frec. Cardíaca : 100 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. Consciencia : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 11:20

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % PAS : 88 mm Hg PAD : 48 mm Hg PAM : 73
Frec. Cardíaca : 90 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.
Total : 010

Consciencia : Completamente Despierto

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 11:10

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 88 mm Hg **PAD** : 59 mm Hg **PAM** : 73

Frec. Cardíaca : 90 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente

Miembros :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.

Consciencia : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 11:00

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % **PAS** : 100 mm Hg **PAD** : 60 mm Hg **PAM** : 73

Frec. Cardíaca : 93 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente

Miembros :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.

Consciencia : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 10:50

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

PARÁMETROS

Oximetría : 90,00 % PAS : 106 mm Hg PAD : 60 mm Hg PAM : 73
Frec. Cardíaca : 95 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. Consciencia : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 10:40

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 93,00 % PAS : 100 mm Hg PAD : 59 mm Hg PAM : 73
Frec. Cardíaca : 81 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. Consciencia : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 10:30

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 91,00 % PAS : 104 mm Hg PAD : 61 mm Hg PAM : 75
Frec. Cardíaca : 85 x min Frec. Respiratoria: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C FIO2 : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente Movimiento : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente Miembros :

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico.
Total : 010

Consciencia : Completamente Despierto

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 10:20

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 95,00 % **PAS** : 103 mm Hg **PAD** : 57 mm Hg **PAM** : 80

Frec. Cardíaca : 84 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente **Miembros** :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 10:10

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 93,00 % **PAS** : 105 mm Hg **PAD** : 65 mm Hg **PAM** : 78

Frec. Cardíaca : 89 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min

Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades

Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Librementemente **Miembros** :

Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto

Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor

Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos

Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 10:00

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

PARÁMETROS

Oximetría : 88,00 % **PAS** : 110 mm Hg **PAD** : 65 mm Hg **PAM** : 80
Frec. Cardíaca : 100 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

Fecha Dato : 30.06.2022

Hora Dato : 09:10

Tipo Anestesia : Anestesia General Adulto

PARÁMETROS

Oximetría : 100,00 % **PAS** : 123 mm Hg **PAD** : 70 mm Hg **PAM** : 0
Frec. Cardíaca : 85 x min **Frec. Respiratoria**: 12 x min
Temperatura : 0,0 °C **FIO2** : 0 %

TEST DE ALDRETE

SO2 : Capaz de Mantener la SO2 > 92% Respirando Aire Ambiente **Movimiento** : Movimientos Voluntarios de 4 Extremidades
Respiración : Capaz de Respirar Profundamente y Toser Libremente **Miembros** :
Circulación : PA varía < 20% del Nivel Preanestésico. **Consciencia** : Completamente Despierto
Total : 010

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS : No

Dolor : Sin Dolor
Herida QX : Sangrado Mínimo No Presenta Cambios en Apósitos
Comentarios :

EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

Fecha Dat : 30.06.2022

Hora Dat : 16:45

Paciente Obstétrico : No

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

EVOLUCIÓN : 15:30 RECIBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION FINAL EN CAMILLA CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, PACIENTE PROGRAMADA PARA COLELAP LA CUAL NO SE PUDO REALIZAR POR ADHERENCIAS NO SE VISUALIZO LA VESICULA SE CONVITIO EN LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA DOCTOR ARANGO DECIDE QUE PROCEDIMIENTO SE DEBE REALIZAR EN NIVEL 3 POSQUIRURGICA REALIZADA POR EL DR ARANGO BAJO ANESTESIA GENERAL, SIN COMPLICACION, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SE HACE ENTREGA DE DOCUMENTACION, PENDIENTE TOLERAR VIA ORAL, ELIMINAR ESPONTANEO Y SALIDA. 16:45 EGRESA PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR Y EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SECA CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE, SE LE ENTREGAN PARA CLINICOS, PACIENTE TOLERA VIA ORAL, ELIMINA ESPONTANEO, SE LE DA RECOMENDACIONES Y CUIDADOS EN CASA SOBRE LA ALIMENTACION, ACTIVIDAD FISICA QUE PUEDE REALIZAR, LA IMPORTANCIA DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS, DIETA, HIGIENE CORPORAL, CUIDADOS EN LA ALIMENTACION EVITAR ALIMENTOS CON CONDIMENTOS GRASAS EMBUTIDOS LACTEOS POR OCHO DIAS AUMENTAR LA INGESTA DE AGUA, GELATINA EN CASO DE FIEBRE MAYOR A 38.5 GRADOS, ERITEMA, CALOR LOCAL ALREDEDOR DE LA HERIDA QUIRURGICA, CONSULTAR POR URGENCIAS. REALIZAR AUTORIZACIONES EN TERCER NIVEL.

Firmado electrónicamente por

CONDICIONES LLEGADA RECUPERACIÓN

Conciencia : Color :
Respiración :

PERDIDAS CORPORALES

Sangrado : No Tubo Gástrico : No
Tubo Torax : No Sonda Vesical : No
Hemovac : No Irrigaciones : No
Otros : No Descripción:

EVOLUCIÓN

Deambulación : Ingesta :
Diuresis :

PACIENTE OBSTÉTRICO

Involución Uterina : :
Loquios :

Alojamiento Conjunto con Bebe : :
Senos Secretantes : No
Lactancia Materna :

DATOS DE SALIDA

Formula Médica : No Cita Control : No Paz y Salvo : No Recomendaciones Postoperatorias : No
Fecha Control : Hora Salida : 00:00
Destino Salida :

Responsable Paciente :

Fecha Dat : 30.06.2022 Hora Dat : 15:30 Paciente Obstétrico : No

EVOLUCIÓN : SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION FINAL PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN COMPAÑIA DE AUXILIAR SIN EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL COMPLETAMENTE RECUPERADA MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SIN SANGRADO, AFEBRIL PACIENTE PREOGRAMADA PARA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA PERO EL DOCTOR ARANGO CONSIDERA QUE LA PACIENTE DEBE SER INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE EN UN NIVEL SUPERIOR HACE ORDENES PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO VALORACION POR ANESTESIOLOGIA PARA CLINICOS PARA ENTREGAR A EL FAMILIAR DEL PACIENTE. PACIENTE EN EL QUE DURANTE SU TIEMPO EN RECUPERACION PASA CON SIGNOS VITALES ESTABLES SIGNOS SIN SOPORTE DE OXIGENO TIENE UNA SATURACION DE 90 TIENE PENDIENTE INICIAR VIA ORAL ELIMINACION EN BAÑO QUEDA EN COMPAÑIA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA SANDRA LEDESMA Y CON EL FAMILIAR DEL PACIENTE. PACIENTE CON GLUCOMETRIA DE 170MGDL.

Paciente : ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación : CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Firmado electrónicamente por

CONDICIONES LLEGADA RECUPERACIÓN

Conciencia : Color :
Respiración :

PERDIDAS CORPORALES

Sangrado : No Tubo Gástrico : No
Tubo Torax : No Sonda Vesical : No
Hemovac : No Irrigaciones : No
Otros : No Descripción:

EVOLUCIÓN

Deambulaci3n : Ingesta :
Diuresis :

PACIENTE OBSTÉTRICO

Involuci3n Uterina : :
Loquios :

Alojamiento Conjunto con Bebe : :
Senos Secretantes : No
Lactancia Materna :

DATOS DE SALIDA

Formula Médica : No Cita Control : No Paz y Salvo : No Recomendaciones Postoperatorias : No
Fecha Control : Hora Salida : 00:00
Destino Salida :

Responsable Paciente :

Fecha Dat : 30.06.2022 Hora Dat : 12:53 Paciente Obstétrico : No

EVOLUCIÓN : paciente que se le toma glucometria 174 mgdl

Firmado electrónicamente por

CONDICIONES LLEGADA RECUPERACIÓN

Conciencia : Color :
Respiración :

PERDIDAS CORPORALES

Sangrado : No Tubo Gástrico : No
Tubo Torax : No Sonda Vesical : No
Hemovac : No Irrigaciones : No
Otros : No Descripción:

EVOLUCIÓN

Deambulaci3n : Ingesta :
Diuresis :

Paciente : ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación : CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

PACIENTE OBSTÉTRICO

Involución Uterina :
Loquios :

Alojamiento Conjunto con Bebe :
Senos Secretantes : No
Lactancia Materna :

DATOS DE SALIDA

Formula Médica : No Cita Control : No Paz y Salvo : No Recomendaciones Postoperatorias : No
Fecha Control : Hora Salida : 00:00
Destino Salida :

Responsable Paciente :

Fecha Dat : 30.06.2022 Hora Dat : 10:29 Paciente Obstétrico : No
EVOLUCIÓN : POR ORDEN DEL DOCTOR VALENCIA SE NEBULIZA LA PACIENTE CON 10 GOTAS DE ATROVEN + 3 CC SSN
Firmado electrónicamente por

CONDICIONES LLEGADA RECUPERACIÓN

Conciencia : Color :
Respiración :

PERDIDAS CORPORALES

Sangrado : No Tubo Gástrico : No
Tubo Torax : No Sonda Vesical : No
Hemovac : No Irrigaciones : No
Otros : No Descripción:

EVOLUCIÓN

Deambulación : Ingesta :
Diuresis :

PACIENTE OBSTÉTRICO

Involución Uterina :
Loquios :

Alojamiento Conjunto con Bebe :
Senos Secretantes : No
Lactancia Materna :

DATOS DE SALIDA

Formula Médica : No Cita Control : No Paz y Salvo : No Recomendaciones Postoperatorias : No
Fecha Control : Hora Salida : 00:00
Destino Salida :

Responsable Paciente :

Fecha Dat : 30.06.2022 Hora Dat : 10:02 Paciente Obstétrico : No

Paciente

: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS

Identificación

: CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

EVOLUCIÓN : INGRESA A SALA DE RECUPERACION INICIAL, PACIENTE DE 67 AÑOS TRAIDA EN CAMILLA POR CIRCULANTE MARIA NEYCI ,PACIENTE QUE EL DOCTOR ARANGO NO LE PUDO REALIZAR LA COLECISTECTOMIA POR QUE LA PACIENTE TIENE MUCHAS ADHERENCIAS NO SE PUDO VISUALISAR LA VESICULA EL DOCTOR ARANGO SUSPENDE LA CIRUGIA DICE QUE SE DEBE INTERVENIR EN UN 3 NIVEL POR LAPARATOMIA PACIENTE BAJO ANESTESIA GENERAL POR EL DOCTOR , VALENCIA AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA PACIENTE DESPIERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SE LE OBSERVA HERIDA QUIRRGICA LIMPIA SECA NO SIGNOS DE INFECCION SE MONITORIZA PACIENTE, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE COLOCA OXIGENO POR MASCARA A 6LX' + TAPABOCAS, SE MANEJA PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD POR CONTINGENCIA DEL COVID 19. PENDIENTE INICIAR LA VIA ORAL, ELIMINAR Y SALIDA

Firmado electrónicamente por

CONDICIONES LLEGADA RECUPERACIÓN

Conciencia : Tranquilo
Respiración :

Color : Rosado

PERDIDAS CORPORALES

Sangrado	: No	Tubo Gástrico	: No
Tubo Torax	: No	Sonda Vesical	: No
Hemovac	: No	Irrigaciones	: No
Otros	: No	Descripcion:	

EVOLUCIÓN

Deambulación :
Diuresis :
Ingesta :

PACIENTE OBSTÉTRICO

Involución Uterina :
Loquios :

Alojamiento Conjunto con Bebe :
Senos Secretantes : No
Lactancia Materna :

DATOS DE SALIDA

Formula Médica : No	Cita Control : No	Paz y Salvo : No	Recomendaciones Postoperatorias : No
Fecha Control :		Hora Salida : 00:00	
Destino Salida :			

Responsable Paciente :

Doctora:

CARMEN CECILIA LOPEZ GARCIA

JUEZ PRIMERO (1) CIVIL CIRCUITO DE PALMIRA

E. S. M.

Referencia: Verbal de RC Medica

Demandantes Carlos Darío Gómez Ceballos y O

Demandado Comfandi y O.

DICTAMEN PERICIAL EN CIRUGIA GENERAL

RAD. 2024-00054

Conforme solicitud que me hiciera el apoderado judicial de Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI, a efecto de rendir dictamen pericial para ser presentado como prueba conforme lo dispone el artículo 226 y normas siguientes del Código General del Proceso dentro del asunto de la referencia, manifiesto bajo la gravedad del juramento, para efecto de sustentar procedo a rendirlo en los términos de ley, el siguiente dictamen pericial conforme al siguiente esquema:

1. Manifestación bajo juramento
2. Declaración acerca de la identificación y otros datos personales del perito
3. Declaración relativa a la profesión del perito y a la acreditación de su idoneidad y experiencia
4. Información sobre la lista de casos en los que participé como perito
5. Declaración sobre designación como perito en procesos anteriores
6. Declaración sobre no estar incluso en las causales del art. 50 CGP
7. Declaración sobre los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones que se han empleado en el peritaje
8. Declaración en cuanto que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones son los que se utilizan en el ejercicio regular de la profesión
9. Respuesta al cuestionario formulado
10. Anexo de documentos que acreditan la idoneidad y experiencia del perito

Perfil del Perito Médico

Médico General, 1983 Universidad de Caldas

Especialista en Cirugía General, 1990 Universidad de Caldas
Cirugía General y laparoscópica avanzada
Docente de Cirugía General Universidad Tecnológica de Pereira
Miembro Activo Asociación Colombiana de Cirugía
Miembro activo de Asociación Colombiana de Cirugía Bariátrica y Metabólica
Miembro internacional de la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica.
Miembro adherente de la IFSO, Federación Internacional para la cirugía de obesidad y desordenes metabólicos.

1. Manifestación bajo juramento

Solemnemente, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con mi firma impresa al final del presente documento, que el dictamen pericial que procedo a rendir es independiente y corresponde a mi real convicción profesional como médico Cirujano General. Por lo tanto, prometo desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el dictamen.

2. Declaración acerca de la identificación y otros datos personales del perito

Tal como está consignado en mi hoja de vida, que se anexa al presente escrito, mi nombre es **JAIRO RAMIREZ PALACIO**, identificado con la cédula de ciudadanía 15.925.134, soy Médico y Cirujano de la Universidad de Caldas en el año 1983 y especialista en cirugía General de Universidad de Caldas en el año 1990 y Miembro de la Asociación Colombiana de Cirugía Bariátrica y Metabólica, en calidad de cirujano bariátrico desde el año 2017. Localizable en la calle 5 nro 19-25 Tacaragua Pinares Pereira, en el celular: 3138707035 y en el correo electrónico: jaramirez0203@gmail.com

3. Declaración relativa a la profesión del perito y a la acreditación de su idoneidad y experiencia

Como ya lo manifesté, soy médico de la Universidad de Caldas del año 1986, especialista **Cirugía General** Universidad de Caldas y como cirujano Bariátrico con experiencia de más de 20 años, por lo que tengo la capacidad técnica suficiente para rendir el dictamen solicitado, para lo cual adjunto mi hoja de vida con sus respectivos soportes que acreditan idoneidad (títulos académicos) y los documentos que certifican la respectiva experiencia profesional, otros estudios

realizados, cargos desempeñados, sociedades científicas a las que pertenezco, distinciones, conferencias y publicaciones.

4. Información sobre la lista de casos en los que participé como perito

En los últimos 4 años, he sido designado como perito en la elaboración de dictamen pericial.

4.1. Proceso Verbal RC Médica

Demandantes: JACINTO REINA ZAPATA y O.

Demandados: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI **Comfandi** Y **SOS S.A.**

RADICACION No. 7600131030-07-**2024-00010-00**

4.2. REPARACION DIRECTA

Radicado: 680813333001-2022-00266

Demandado: Empresa Social del Estado Hospital Regional del Magdalena

Demandante: LEIDY CAROLINA SANTOS CAMARGO y Otros

Frente a los demás sujetos procesales no he practicado peritaje judicial.

5. Declaración sobre designación como perito en procesos anteriores

Fui sido designado anteriormente por el abogado Harold Aristizábal Marín en los casos referenciados.

6. Declaración sobre no estar incurso en las causales del art. 50 CGP

No me encuentro incurso en ninguna causal de impedimento o exclusión que afecte la imparcialidad del presente dictamen pericial, ni en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 del CGP.

7. Declaración sobre los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones que se han utilizado en el peritaje

Declaro que los métodos, exámenes e investigaciones efectuados para rendir el presente peritaje no ha sido diferente del realizado en peritajes anteriores, el utilizado en el caso objeto de estudio se ha hecho a partir del Examen de la

historia clínica que me fue remitida con todos sus anexos, analizo en el mismo la actuación médica, contrastándola con las guías y protocolos y con la *lex artis* médica, así como con la experiencia común y la técnica que se emplea en los servicios de cirugía general de las instituciones prestadoras de salud que disponen de esta especialidad. Para el caso en materia, me permito manifestar que tuve a mi disposición para rendir el presente dictamen pericial:

1. Demanda formulada por Carlos Darío Gómez Ceballos y demás anexos. Además, Historia clínica de la paciente Rosa Emilda Gómez Ceballos.

8. Declaración en cuanto que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones son los que se utilizan en el ejercicio regular de la profesión

Declaro que los métodos, exámenes e investigaciones efectuados para rendir el presente peritaje, son los mismos que utilizo regularmente en el ejercicio de mi profesión para casos similares al presente, para soportar el Programa de cirugía preoperatorio, decisiones quirúrgicas y examinar las adoptadas en el curso de esta y culminada la conducta quirúrgica, recomendaciones en el postoperatorio, controles, etc.

CUESTIONARIO PERITAJE EN CIRUGIA GENERAL

1. ¿Indique cuáles son las ventajas de la elección de la colecistectomía laparoscópica vs colecistectomía por laparotomía?

R/. En la colecistectomía laparoscópica se realizan pequeñas insisiones, menos dolor para el paciente, mejor aspecto estético, aumento de la visualización, recuperación del paciente más rápido, ingreso más rápido a la actividad laboral, disminuye los tiempos de hospitalización y menor riesgo de infección. (1)

2. ¿Indique si el riesgo de perforación intestinal está presente en la colecistectomía laparoscópica únicamente o si también está presente en la colecistectomía por laparotomía?

R/. La perforación intestinal de estómago, intestino delgado o de colon, puede ocurrir en ambas situaciones, tanto en la cirugía abierta como en la laparoscópica, y el riesgo aumenta si existe una cirugía previa con un síndrome adherencial severo como fue el caso de la paciente. (1)

3. Indique si la perforación intestinal constituye una complicación quirúrgica de la colecistectomía y en esa medida corresponde a un riesgo inherente o a una mala praxis médica.

R/. La perforación intestinal constituye una complicación quirúrgica que puede ocurrir durante una colecistectomía laparoscópica en un abdomen que no haya sido operado o en un abdomen previamente operado con síndrome adherencial severo, es un riesgo inherente al mismo procedimiento quirúrgico y no es una mala praxis médica.

4. Indique si dada la condición clínica de la paciente por la que consulto con diagnóstico de presencia de cálculos en la vesícula biliar había indicación de colecistectomía

R/. La decisión de colecistectomía por laparoscopia o abierta si estaba indicada en este caso con diagnóstico de colelitiasis.

5. Indique si a la paciente le fue advertido previo a la cirugía de colecistectomía los riesgos generales e individuales de carácter quirúrgico y anestésicos y si consecuentemente la paciente suscribió consentimiento informado.

R/. Si, se le informó a la paciente sobre los riesgos y complicaciones de la colecistectomía laparoscópica como figura en consentimiento informado el 2 de mayo de 2022 a las 09.00 hs.

6. Indique si fue pertinente la conducta del cirujano general Dr. Arango Botero el haber desistido de continuar con la cirugía propuesta luego de que inicialmente realizaría exploración laparoscópica en la que observó adherencias abdominales severas.

R/. La conducta tomada por el Cirujano de no continuar la colecistectomía por laparoscopia en un abdomen con síndrome adherencial severo, es adecuada, ya que existen tres veces más riesgos de complicaciones intraoperatorias como sangrado, lesiones de vísceras sólidas, lesión intestinal, lesión de la vía biliar, lesión del páncreas y complicaciones sépticas. (2)

7. Indique si la presencia de adherencias abdominales severas indica que hay mayor dificultad quirúrgica de identificar la vesícula y los conductos biliares a intervenir y mayor riesgo de complicaciones y morbimortalidad.

R/. Si, hay mayor dificultad quirúrgica, así mismo más riesgo de complicaciones, de mortalidad en una colecistectomía por laparoscopia, en un paciente con cirugías previas abdominales que produzcan adherencias abdominales severas al intestino o a las vísceras sólidas, ya que se alteran los planos anatómicos y quirúrgicos, provocando los riesgos inherentes a una disección difícil en un abdomen hostil. (2)

8. Indique si la presencia de adherencias abdominales severas implica un mayor riesgo de complicaciones y de perforación intestinal en particular.

R/. Si. La presencia de síndrome adherencial severo implica un mayor riesgo de complicaciones, no solo en cirugía laparoscópica sino también en cirugía abierta, para cualquier procedimiento quirúrgico abdominal. Las perforaciones intestinales

y el sangrado pos operatorio, son las complicaciones más comunes en este tipo de pacientes. (6)

9. Indique si es posible que en curso de una colecistectomía se dé una perforación intestinal y no sea advertida o identificada en curso de la cirugía, o en el postoperatorio inmediato. Explique porque se puede presentar este fenómeno o circunstancia.

R/. Es posible que en el curso de una colecistectomía laparoscópica, se produzca perforaciones intestinales que no se detecten durante el procedimiento quirúrgico, ya que el CO₂ que se utiliza para producir el neumoperitoneo, colapsa las vísceras huecas y no se detecte durante el trans operatorio, ya que la presión del CO₂ no permite la visualización en forma adecuada de una perforación y/o de una filtración intestinal. (3)

10. Explique en el caso particular porque razón la evolución postquirúrgica no tuvo manifestaciones clínicas de perforación intestinal y solo luego de cerca de 36 horas después que la paciente consulta “por un dolor que no se aguanta”.

R/. La perforación intestinal durante el procedimiento laparoscópico y en las fases iniciales del periodo pos operatorio, no revela síntomas de irritación peritoneal o de abdomen agudo de manera inmediata, y sólo se presenta cuando el paciente presenta una perforación lo suficientemente grande para permitir la fuga de líquido intestinal en la cavidad y provocar signos de irritación peritoneal o de dolor abdominal agudo. El Cirujano actuó con la confianza legítima de que no se había presentado ninguna lesión en la laparoscopia exploradora y con base en la evolución positiva y estable durante el periodo de recuperación y según el protocolo de la colecistectomía laparoscópica se dio alta con la certeza que no había ninguna lesión y los síntomas presentados con posterioridad son resultado de un des-serosamineto, despulimiento o una perforación puntiforme dado por la frialdad y la fragilidad de los tejidos comprometidos por la adherencias.

11. Indique si resulta valido diferir a un segundo tiempo quirúrgico la culminación de colecistectomía ante la imposibilidad inicial de

R/ Si, es válido diferir la realización de una colecistectomía laparoscópica, cuando existen condiciones asociadas del mismo órgano o de sus órganos vecinos, o del paciente que no permiten una disección fácil, rápida y cómoda de la vesícula y que se traduce en prolongación de tiempo quirúrgico y de riesgos de complicaciones para el paciente. Entre los factores de riesgo más conocidos son: género masculino, adulto mayor a 65 años, obesidad, diabetes, la colecistitis aguda y cirugía abdominal previa. Otros no menos importante son: la historia prolongada de enfermedad vesicular, la leucocitosis, signos sistémicos de sepsis, hallazgos ecográficos de la pared abdominal, líquidos peri vesicular, vesícula calcificada o escleroatrófica, cálculos grandes e impactados en la bolsa de Hartman y dilatación de la vía biliar. Hay otras situaciones que pueden hacer difícil una colecistectomía como:

hepatomegalia, alteraciones anatómicas, cirrosis hepática, fistulas colecistas duodenales, cancer de vesícula, y cancer de la via biliar. (2)

BIBLIOGRAFIA

1. González Ruiz, Vicente et All, las ventajas de la colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor. Cirugía Endoscópica, volumen 14 No. 1 enero a marzo de 2013.
2. Álvarez, Luis Fernando. et All. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. Revista colombiana de cirugía 2013; 28:186-195
3. Eldar S, et All. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecistitis: prospective trial. World J surgery, 21-1977 Pag 540 - 545
4. Ikennah L. Browne and Elijah Dixon. Delayed jejunal perforation after laparoscopic cholecystectomy. Journal of Surgical Case Reports. 2016
5. Mohit Sharma, et all. Nonbiliary complications of Laparoscopic Cholecystectomy: a single-center experience. 2019
6. Ho AC, Horton KM, Fishman EK. Perforation of the small bowel as a complication of laparoscopic cholecystectomy: CT findings. Clin Imaging 2000;24:204-6.

Atentamente.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to read 'Jairo Ramirez Palacio'.

JAIRO RAMIREZ PALACIO. MD.MI.ASMBS. MA.IFSO.

CC 15925134 de Supía. Caldas. Registro Médico 714 md SSRIS.
Tarjeta Profesional 17741/86

JAIRO RAMIREZ PALACIO



Dirección Residencia:

Calle 5 # 19 -25 Torre 3 Apto 201

Conjunto Residencial Tacaragua

Pinares

Teléfono: 3207178

Dirección Consultorio:

Carrera 18 no 12-75 Torre 2 Consultorio 1005 MEGACENTRO PINARES

Teléfono: 3116121-3207834

Celular: 3138707035

E-mail: jaramirez0203@gmail.com

Lugar de nacimiento: Supía- Caldas

Fecha de nacimiento: Marzo 3 de 1957

Cedula de Ciudadanía: 15.925.134 de Supía-Caldas

Objetivo

Ofrecer mis capacidades y conocimientos para realizar actividades relacionadas con la especialidad; que permiten la proyección y crecimiento de nuestros clientes y de las empresas, al igual que el crecimiento personal y profesional.

Perfil Ocupacional

El Médico Especialista en Cirugía realiza acciones como: consulta externa de Medicina Especializada, interconsultas, asesorías, cirugía electiva, cirugía de urgencia, participa en juntas de decisiones y complicaciones, actividades docentes en áreas de pregrado y postgrado, participa en la planeación y ejecución de proyectos de impactos social, municipal y departamental relacionados con atención primaria y secundaria en salud, realiza actividades de tercer nivel como Médico Especialista en las diferentes

Clínicas y Hospitales Universitario participa en proyectos de extensión y de investigación desarrolladas en los diferentes hospitales y clínicas.

Educación Estudios realizados y Títulos Obtenidos

Primaria

Escuela Francisco José de Caldas 1965 - 1969 Supía -Caldas

Bachillerato

Apostólica Juan Gabriel Perboyre 1970-1975 Santa osa de Cabal-Risaralda

Universidad

Universidad de Caldas 1977 - 1983 Manizales-Caldas

Título obtenido

Médico y Cirujano.

Pos grado

Universidad de Caldas 1986 - 1990 Manizales

Título obtenido

Especialista en Cirugía General

Diplomado Maestro Virtual

Universidad Tecnológica de Pereira

Cursos y Congresos

XI Curso Post Grado del American College of Physicans. Septiembre 22,23 y 24 de 1983. Manizales.

VI Congreso Colombiano de Cirugía Pediátrica. Agosto 16,17 y 18 de 1985, Manizales

Primer Curso de Medicina Crítica. Octubre 23 y 24 de 1986, Manizales.

Curso Avances en Trauma. Noviembre 26 - 29 de 1986. Bogotá.

Curso Internacional de Nutrición. Marzo 5, 6 y 7 de 1987. Bogotá.

Curso Avances en Cirugía, Agosto 26- 29 de 1987. Bogotá.

II Curso de Medicina Crítica. Febrero 18 y 19 de 1988. Manizales

Jornada de Gastroenterología. Mayo 20 de 1988. Manizales.

Congreso Avances en Cirugía y Trauma. Agosto 24 27 de 1988. Bogotá.

XV Congreso Nacional de Cirugía de Mano. Octubre 10 - 12 de 1988, Cali

Clínicas de Actualización en Urgencias en El Consultorio. Agosto 31.
Septiembre 1 - 2 De 1989. Manizales.

IX Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, Agosto 31,
Septiembre 1 Y 2 De 1989. Manizales.

Curso de Actualización en Cirugía, Infección, Trauma y Nutrición.
Septiembre 14 - 16 De 1989. Bogotá

Curso de Actualización sobre Patología Gastro -duodenal. Agosto 10 y 11 de
1990. Pereira.

XVI Congreso Avances en Cirugía. Agosto 29-31 de 1990. Bogotá.

Curso de Actualización en Cirugía, Gastroenterología, Infección, Vascular y
Nutrición. Conferencista. Septiembre 20 - 22 de 1990. Manizales

Taller Vivencial Interdisciplinario sobre Sida. Octubre 31, Noviembre 1 - 2
de 1990. Pereira.

Simposio Trauma. Abril 19 - 20 de 1991. Pereira.

Simposio Avances en Oncología. Mayo 17 Y 18 de 1991. Manizales.

Jornada de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva y Coló proctología.
Mayo 31 de 1991. Manizales.

Avances en Oncología. Agosto 1 -3 de 1991. Pereira

XVII Congreso Avances en Cirugía. Agosto 14 - 17 de 1991. Bogotá

III Curso Nacional de Actualización en Cirugía.

I Internacional de Gastroenterología e Infección.

Noviembre 7 - 9 De 1991. Manizales.

I Congreso Colombiano de Trauma. Noviembre 25 - 26 de 1991. Bogotá.

Simposio Avances en Cirugía. Febrero 7 Y 8 de 1992. Pereira.

I Congreso Colombiano de Infectología. Mayo 27 - 30 de 1992. Bogotá.

XVIII Congreso de Avances en Cirugía. Agosto 12 - 15 De 1992. Bogotá.

Simposio de Trauma, Nutrición y Sepsis. Octubre 23 y 24 de 1992. Pereira.

V Curso de Colecistectomía Laparoscópica. Abril 23 y 24 de 1993. Cali.

Curso de Manejo Inicial del Paciente Poluraumatizado Los Primeros 60 Minutos. Mayo 13 - 15 de 1993. Manizales.

Simposio Avances en Cirugía. Julio 9 y 10 de 1993. Pereira.

Reconocimiento de La Excelencia Y Acreditación en Cirugía General (Socios con más de 120 Créditos). Agosto 1991 Agosto 1993. Bogotá.

XIX Congreso Nacional Avances en Cirugía, Agosto 4 - 7 de 1993. Bogotá.

VI Congreso Panamericano de Flebología. I Congreso de la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular. II Congreso Panamericano de Angiología. I Foro Mundial de Enfermedades Vasculares. Mayo 24 - 27 de 1994. Cartagena de Indias.

Simposio sobre Avances en Cirugía, Julio 22 y 23 de 1994. Pereira.

Primer Curso de Actualización en Enfermedades Vasculares. Julio 29 y 30 de 1994. Pereira.

Curso de Actualización en Acné e Hiperandrogenización. Septiembre 20 de 1994. Pereira.

III Simposio de Medicina Crítica, Octubre 1994. Pereira.

X Congreso Nacional de La Sociedad Colombiana de Cirugía. Avances en Cirugía. Agosto 16 Al 20 de 1994. Bogotá.

V Congreso Latinoamericano de Fellows del American Collage Of Surgeons. Abril 2 - 5 de 1995. Cartagena de Indias.

Curso de Dolor "Ciencia Con Amor: El Inicio del Cambio" Mayo 18 De 1995. Pereira.

XXXI de Gastroenterología, XVI de Endoscopia Digestiva, XVI de Coloproctología, II de Hepatología, Mayo 31, Junio 1 - 3 de 1995. Barranquilla.

XXI Congreso Nacional de Avances en Cirugía. Agosto 15 - 18 de 1995. Bogotá.

Conferencia Mundial De Educación Médica. Octubre 2 - 5 De 1995. Bogotá.

Responsabilidad Extracontractual de Los Actos Médicos y de Los Servidores de La Salud, Marzo 15 y 16 De 1996, Pereira.

X Congreso Anual Avances en Metabolismo y Soporte Nutricional Mayo 22 - 24 de 1996. Bogotá.

X Congreso Nacional de Angióloga y Cirugía Vascular. Primer Simposio Internacional de Cirugía Endovascular. Julio 10 - 13 de 1996. Cali.

XXII Congreso Nacional "Avances en Cirugía". Agosto 20 - 23 de 1996. Bogotá.

IX Congreso Panamericano de Trauma. V Congreso Colombiano de Trauma, Noviembre 13 - 16 de 1996, Cartagena de Indias.

Taller "-Detección Precoz de Cáncer Cervico Uterino", Noviembre 26 - 30 de 1996. Rionegro - Antioquia.

Taller de Alta Dirección "Para un Nuevo Modelo de Gestión Pública", Diciembre 17 de 1996. Pereira- Colombia.

XI Congreso Anual "Avances en Soporte Nutricional y Metabolismo". Mayo 12, 13, 14 Y 15 de 1997. Medellín.

Encuentro Nacional de Atención Domiciliarla, (P. A. D.), Julio 3, 4 y 5 de 1.997. Bogotá.

I Simposio Latinoamericano de Diagnóstico Vascular No Invasivo.

XI Congreso Colombiano de Cirugía Vascular, Julio 24 - 26 de 1997, Bogotá.

Curso Práctico de Windows 95 y Word, Intensidad 35 Horas, Julio de 1,997. Pereira.

XIII Congreso Nacional "Avances en Cirugía". Agosto 12, 13, 14 y 15 de 1997. Bogotá.

X Congreso Estudiantil Colombiano de Investigación Médica Y IV Congreso Colombo venezolano de Estudiantes de Medicina. Mayo 5 Al 8 de 1.998
Expositor.

XII Congreso Colombiano de Cirugía Vascular Y II Simposio de Cirugía Endovascular. Julio 15-18 de 1.998. Medellín.

XIV Congreso "Avances en Cirugía" Agosto 18, 19 20 Y 21 De 1998. Convenciones Hotel Hilton, Cartagena de Indias.

Curso Educación Básica en Aspectos Básicos de La Medicina Transfusional Clínica Pió XII, 4 Septiembre 1.998. Pereira.

XXVII Annual Spring Meeting. Curso de Post-Grado: Ultrasonido para Cirujanos, Abril 25-28, 1.999, New York, New York.

Primer Simposio Internacional de Cirugía Laparoscópica Colsanitas. The University of Alabama At Birmingham. Agosto 6-7 de 1999. Bogotá,

Conferencista: Primer Congreso de Medicina del Adulto y Cuidado Intensivo del Eje Cafetero en El Nuevo Milenio. Mayo 11 al 13 del 2000. Pereira.

Conferencista: Segundo Congreso Nacional Médicos Internos y Cuarto Congreso Nacional del Eje Cafetero, Agosto 3 al 5 del 2000. Pereira.

XXVI Congreso Nacional "Avances En Cirugía". Agosto 15 Al 18 del 2000. Cartagena de Indias.

II Congreso Panamericano de Cirugía Laparoscópica. Curso de Post-Grado Sobre Remoción de Órganos Sólidos y Cirugía Endocrina Avanzada. Alace en La Mitad del Mundo. Septiembre 18 al 22 Del 2000. Quito (Ecuador).

Foro: "Proyección de La Reserva para El Nuevo Milenio". Octubre 6 al 8 de 2.000. Cali.

Congreso Intermedio: "Shock, Trauma y Sepsis". 29 y 30 de Marzo de 2.001.

Simposio de Atención Medico Quirúrgica sin Sangre. 17 De Mayo de 2.001. Manizales.

Foro: "Visión del Conflicto desde Un Territorio de Paz". 17 al 19 de Agosto de 2,001. San Andrés Isla.

Primer Simposio Colombiano: "Varices Primarias", Septiembre 20, 21 y 22 de 2.001. Medellín.

Congreso Intermedio: "Cirugía Laparoscópica: Retos para El Nuevo Milenio". Abril 11 Y 12 de 2.002. Bogotá.

XVI Congreso Anual: "Avances en Metabolismo y Soporte Nutricional". 2 Al 4 de Mayo de 2.002.

73° Congreso Argentino de Cirugía, 5° Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica. 46° Congreso Argentino de Cirugía Torácica. 27° Congreso Argentino de Coloproctología. 29° Jornadas Argentinas de Angiología y Cirugía Cardiovascular. 3° Jornadas Nacionales de Médicos Residentes de Cirugía General. 20 al 23 de Octubre de 2.002.

31st Annual Spring Meeting of American College of Surgeons. Abril 12 al 15 de 2.003. New York. New York,

XXIX Congreso Nacional de Avances de Cirugía, Agosto 19 al 22 de 2.003. Pozos Colorados, Santa Marta.

Curso: "Estado Actual del Tratamiento de La Obesidad Mórbida". Clínica Marly. Septiembre 12 y 13 de 2.003. Bogotá.

Curso Nacional: "Enfoque Diagnóstico y Terapéutico de Las Enfermedades Vasculares". Noviembre 21 y 22 de 2,003. Pereira.

Taller de Otitis Media. Noviembre 30 de 2.003. Bogotá.
Encuentro regional de Urgencias. Marzo 26 de 2004. Pereira.

II Congreso Nacional Gestión de Pymes del sector Salud en Colombia. Junio 4 y 5 de 2004, con una intensidad de 15 horas. Medellín.

XXX Congreso Nacional de Avances en Cirugía. Agosto 17 Al 20 de 2.004.
Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quezada. Bogotá.

Internacional Pain Course. 20 horas de entrenamiento no formal en aspectos esenciales para el correcto diagnóstico y manejo del dolor. Agosto 21 y Septiembre 4 de 2004

Encuentro de Brigadas de Emergencias del Eje Cafetero. Septiembre 11 de 2004.

Curso de Capacitación Docente Inglés módulo 4. Septiembre 11-Noviembre 17 de 2.004. Intensidad 40 horas.

XXI Congreso Nacional Avances en Cirugía.

XVI Congreso Latinoamericano de Cirugía.

XIII Congreso Sudamericano de Cirugía de Tórax. Agosto 4, 5, 6 y 7 de 2005. Intensidad de 40 horas. Cartagena de Indias.

The 5th. Annual surgery of the foregut symposium and Bariatric Surgery. February 19-22, 2.006. Coral Gables, Florida. Cleveland Clinic. Miami.

XXXII Congreso Nacional Avances en Cirugía. Bogotá. Agosto 24 al 28 de agosto de 2.007.

XXXIII Congreso Nacional Avances en Cirugía. Cartagena de Indias. Agosto 21 al 24 de 2.007.

III Curso de Laparoscopia, FELAC- ASCOL, Noviembre 16 y 17 de 2.007, Universidad de La Salle Bogotá-Colombia.

I Congreso Internacional de Intestino delgado, Noviembre 30- Diciembre 1 de 2.007, Clínica Marly Bogotá- Colombia.

26th Annual Meeting . American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Grapevine. June 21-26, 2009.

27 th Annual Meeting . American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Orlando Florida, June 2010

XXXVI CONGRESO NACIONAL " AVANCES EN CIRUGIA". ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA. Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quezada. Julio 27-30 de 2010. Bogotá.

II Curso Desarrollo de Carreras Académicas en Cirugía de la ASSOCIATION FOR ACADEMIC SURGERY Y LA ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA. 12 DE Agosto de 2011. Hotel Sheraton. Bogotá.

14TH WORLD CONGRESS Of the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders. August 26 to 29, 2009. Paris, France-Palais des Congrès.

28 th Annual Meeting . American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Las Vegas Nevada , June 2011.

XXXVII CONGRESO NACIONAL " AVANCES EN CIRUGIA". ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA. Agosto 12 al 15 de 2011. Bogotá.

29 th Annual Meeting . American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. San Diego California , June 2-5 de 2012.

XXXVIII CONGRESO NACIONAL " AVANCES EN CIRUGIA". ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA. Agosto 22 al 25 de 2012. Centro de Eventos Valle del Pacífico.

Primer Encuentro de Cirugía Bariátrica de Complicaciones y Revisional. Septiembre 27 y 28 de 2012. Bogotá. Colombia.

XIX CONGRESO INTERMEDIO " PATOLOGIA GASTROINTESTINAL: NUEVOS DESAFIOS QUIRURGICOS". Centro Cultural Metropolitano de Convenciones de la Ciudad de Armenia. 11, 12 y 13 de Abril de 2013.

30 th Annual Meeting . Obesity Week 2013. American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Atlanta , Georgia, November 11-16 , 2013

IX Congreso internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Enfoque Multidisciplinario. Hotel Intercontinental. Mendoza, Argentina, 7,8 y 9 de Mayo de 2014.

1er. FORO MEDICO-QUIRURGICO EN EL TRATAMIENTO PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica. 28 de Marzo de 2014. Bogotá.

IXX World Congress of the International Federation for the Surgery of Obesity and metabolic disorders (IFSO) world Congress IFSO , Palais des Congrès de Montréal in Montréal, Québec, Canada from August 26-30, 2014.

32ª REUNIÓN ANUAL ASMBS Y LA 3RA EDICIÓN DE EVENTO OBESITYWEEK. 2 AL 7 DE NOVIEMBRE DE 2015 LOS ANGELES CALIFORNIA.

XXVII CONGRESO INTERNACIONAL IOCIM 2015 - "EN BUSCA DE UNA MEJOR VIDA"

XXVII PREMIACION INTERNACIONAL EN SALUD IOCIM 2015. Agosto 27-29 de 2015. MEXICO D.F

CONGRESO IBEROAMERICANO DE OBESIDAD, CIRUGIA BARIATRICA Y METABOLICA. Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica ACOBIB. Abril 13-16 de 2016. Cartagena

ADVANCED BARIATRIC REVISIONAL SURGERY COURSE. MEDICAL INNOVATION INSTITUTE. Marzo 2016. SAO PABLO. BRASIL.

Taller de Actualización de Nutrición en Diabetes. Abbott. Hotel Movich. Mayo 26 de 2016

XXXII CONGRESO INTERNACIONAL EN SALUD - IOCIM . 2016. EN BUSCA DE UNA MEJOR VIDA.

XXXII PREMIACION INTERNACIONAL EN SALUD IOCIM 2016. Agosto 31, 01 Y 02 DE SEPTIEMBRE de 2016. CHICLAYO- PERU

SEGUNDA CUMBRE NACIONAL DE GRUPOS DE SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL. Abbott Nutrition. 23 de Septiembre de 2016. Medellin.

OBESITYWEEK 2016. Ernest N Morial Convention Center. Octubre 31 - Noviembre 4 de 2016. New Orleans.

XXXIV CONGRESO INTERNACIONAL IOCIM 2017-. EN BUSCA DE UNA MEJOR VIDA. EXCELLENT IN HEALTH CARE IOCIM 2017, Y LA ACREDITACION QUALITY IN HEALTH CARE.

XXXIV ENTREGA DE LA DISTINCIÓN INTERNACIONAL EN SALUD IOCIM 2017. COMO CIRUJANO BARIATRICO 27, 28 y 29 de Abril del 2017. Panamá

31º Congreso Anual "Nutrición: ciencia, salud y estilos de vida" Julio 20-22 de 2017. Bogotá

43 Congreso Nacional Avances en Cirugía. Agosto 22-25 de 2017. Medellín. Colombia

CURSO PROCEDIMIENTOS DE POLICIA MILITAR. BATALLON SAN MATEO DE PEREIRA Noviembre 4 de 2017

CURSO DE SOPORTE MILITAR BASICO. BATALLON SAN MATEO DE PEREIRA Noviembre 4 de 2017

XVIII DECIMO OCTAVA ENTREGA DEL PREMIO PANAMA CIS - EXCELENCIA MEDICA & SALUD PUBLICA. PREMIO Calidad en Atención Médica del Paciente Y Excelencia Médica. Panamá 17-18 de Noviembre de 2017

VII CONGRESO COLOMBIANO DE OBESIDAD Y CIRUGIA BARIATRICA - ACOBIB. CARTAGENA DE INDIAS 2-3 DE MARZO DE 2018

XXXIX PREMIACION MUNDIAL EN SALUD IOCIM 2018-PREMIO
IOCIM AL EXITO MEDICO 2018 - 24-26 DE MAYO DE 2018. CUSCO
PERU

Curso "Advanced Bariatric & Metabolic Surgery" de Johnson & Johnson
institute. Octubre 26 y 26 de 2018, Buenos Aires, Argentina

CURSO " BARIATRIC XPERIENCE" JHONSON & JHONSON. OCTUBRE 4
Y 5 DE 2019. CIUDAD DE PANAMA. PANAMA

ASMES 36TH Annual meeting at Obesity Week 2019. American Society for
Metabolic & Bariatric Surgery.. Noviembre 3 - 7 de 2019. Las Vegas,
Nevada.

Experiencia Laboral

Internado Rotatorio, Hospital San Félix Dorada (Caldas) y Hospital Universitario de Caldas Manizales (Caldas) Enero a Diciembre de 1983

Rural

Hospital San Vicente del Caguán (Caquetá)

Enero de Noviembre 1984

Médico Director Centro de Salud Guacamayas (Caquetá)

Médico de Planta

Hospital San Vicente de Paul Anserma (Caldas) Diciembre 1984 a Junio 1.986

Médico Director del Plan Nacional

De Salud Rural

Diciembre 1984 a Julio 1986

Cirujano de Urgencias

Hospital Universitario San Jorge Julio 1990 a Diciembre 1996 Pereira (Risaralda)

Jefe Encargado del Departamento de Cirugía

Diciembre 1991 a Enero 1992

Cirujano General

Instituto Seguros Sociales

Clínica Pió XII

Octubre 1991 a Agosto 1996

Pereira (Risaralda)

Cirujano General

Hospital Sagrado Corazón de Jesús

1992 a Junio 1993 Cartago (Valle)

Cirujano General

Hospital Universitario San Jorge Enero 1994 a Abril de 1997 Pereira (Risaralda)

Médico Especialista en Cirugía Profesor de Cirugía

Jefe Departamento Atención Ambulatoria Seguro Social

Agosto 1996 a Septiembre 1997.

Fundación Universitaria del Área Andina, Facultad de Instrumentación Quirúrgica Catedrático. Julio 1.995 a 1.998

Especialista en Cirugía

Clínica Materno-Infantil Comfamiliar, desde Enero de 2.000 hasta 30 de Abril de 2.007

Especialista en Cirugía

Hospital Universitario San Jorge, desde Mayo de 2.003 al 20 de Agosto de 2.004, Medio Tiempo.

Profesor de Cirugía

Universidad Tecnológica Facultad de Medicina, Contrato Administrativo 1.992 a 1.993

Nombramiento por Concurso Agosto de 1994 hasta la Fecha. Medio Tiempo

Coordinador (E)

Departamento De Clínicas Quirúrgicas Clínica Pió XII - ISS-Pereira.
Desde 2.000 hasta el 6 de Marzo de 2.008.

Especialista en Cirugía

Unidad Hospitalaria Clínica Pió XII, Empresa Social del Estado Rita Arango Álvarez del Pino, desde El 20 de Agosto de 2.004, hasta el 6 de Marzo de 2.008. Tiempo Completo.

Especialista en Cirugía

Clínica Risaralda, consultorio particular, Junio de 1.997 hasta el 15 de Julio de 2.008

Especialista en Cirugía

SALUDCOOP EPS Clínica Pereira, desde el 24 de Agosto de 2.000 hasta la fecha. Tiempo completo.

Profesor de Cirugía.

Coordinador de Cirugía General y Especialidades Quirúrgicas del Programa de Medicina. Universidad Tecnológica Facultad de Medicina, De Agosto de 2011 hasta la Fecha. Medio Tiempo.

Especialista en Cirugía

- Clínica de la Liga contra el Cáncer Seccional Risaralda, desde enero de 2013 hasta la fecha, manejando la parte de Oncología.
- Clínica Comfamiliar Risaralda desde el año 2006 hasta la fecha. En el programa de Oncología
- Clínica Socimédicos SAS, desde el año 2014 hasta la fecha. Realizando el programa de Cirugía General
- Consultorio particular Megacentro pinares torre 2 consultorio 1005. Desde el 2012 hasta la fecha.

Referencias Personales

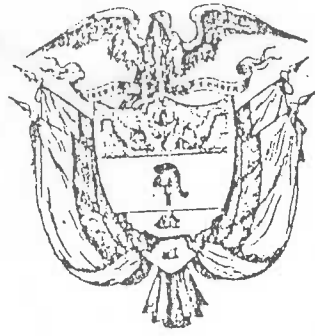
Marcelo Villegas Bravo
Celular: 3163186335
Pereira.

Alirio Ramirez Palacio
3134336358
Pereira.

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'J' followed by a series of loops and a horizontal line extending to the right.

JAIRO RAMIREZ PALACIO C.C 15'925.134 De Supía.-

EN NOMBRE DE LA
REPUBLICA DE COLOMBIA



Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,

La Universidad de Caldas
confiere el grado de **Médico y Cirujano**
a **Jairo de Jesús Ramírez Palacio**

N.º 15'925.134 de Supio

En testimonio de ello se expide el presente título en
Manizales, el día 16 del mes de Diciembre del
año de 1983 y lo refrenda con el sello respectivo.

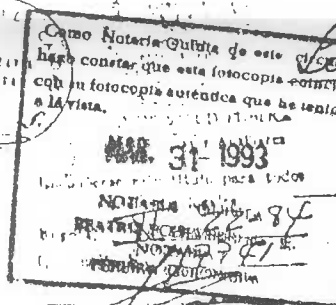
A. Delgado
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

W. V. V.
DECANO DE LA FACULTAD



[Firma]
SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD

[Firma]
GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO



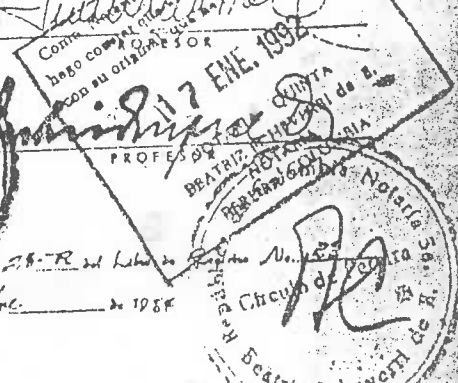
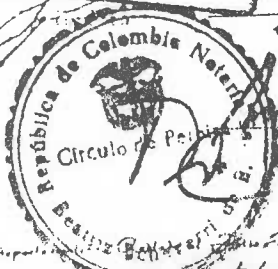
Patricia A. de Garcia
SECRETARIA DE LA FACULTAD

[Firma]
PROFESOR

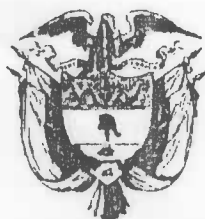
M. Siqueira
SECRETARIO DE EDUCACION

SERVICIO DE REGISTRO Y CONTROL DE DOCUMENTOS
Inscripcion N.º 214-012
Fecha 21-12-83

Secretaria de Educacion Departamental
Manizales, 23 de Diciembre de 1983



EN NOMBRE DE LA
REPUBLICA DE COLOMBIA



Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

Confiere el título de

especialista en **Cirugía General**

Dr. Jairo de Jesús Ramírez Palacio

En testimonio de ello se expide el presente título en Manizales, el día 26 del mes
de Julio del año de 1990 y lo refrenda con el sello respectivo.

A. Nutius z A.

RECTOR

Osca Gómez
DECANO FACULTAD

Diego Affon
SECRETARIO GENERAL

JEFE DEPARTAMENTO

Luz Delgado
SECRETARIO FACULTAD

Como Notario Quirita de este círculo
hago copiar que esta fotocopia coincide
con su original que se tiene a la vista

17 ENE. 1992

NOTARIA QUINTA
BEATRIZ ECHEVERRI de B.
NOTARIA
PARRA COLOMBIA





REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
UNIVERSIDAD DE CALDAS

Facultad de MEDICINA

ACTA DE GRADO No. 129../83

En Manizales el día 16 de Diciembre.... de 19 se reunieron, el Rector de la
Universidad de Caldas Doctor ALFONSO DELGADILLO PARRA.....

el Vice-Rector Académico Doctor HECTOR GONZALEZ OSORIO.....

el Decano de la Facultad de Medicina Doctor CARLOS NADER NADER.....

El Secretario General de la Universidad Doctor FERNANDO MARIN VEGA.....

y la Secretaria de la Facultad de Medicina LETICIA ARISTIZABAL DE GARCIA.....

con el fin de conferirle en nombre de la República de Colombia - Ministerio de Educa-
ción Nacional, el título profesional de MEDICO Y CIRUJANO.....

..... a(l) (la) exalumno(a) JAIRO DE JESUS RAMIREZ PALACTO

..... identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 15'925.134.....

de Supía..... y Libreta Militar No. E 254892..... Distrito No. 31.....

quién se presentó al efecto, después de haber cumplido con todos los requisitos exigidos

por las normas legales y estatutarias. A continuación el Señor Rector le tomó el juramento

legal de rigor mediante el cual el (la) graduando (a) prometió cumplir leal y fielmente

con la Constitucion, las leyes de la República y con los deberes y obligaciones de su

profesión. El Señor Rector, le hizo entrega del diploma que le acredita y habilita para

el ejercicio legal de la profesión de MEDICINA Y CIRUGIA.....

..... como egresado de la Universidad de Caldas. Copia de

la presente acta se entregará a (l) (la) interesado (a) en papel sellado y con las firmas

y sellos correspondientes. Para constancia se firma en Manizales a los diez y seis días

del mes de diciembre de mil novecientos ochenta y tres.

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

VICE-RECTOR ACADEMICO

SECRETARIA DE LA FACULTAD

SECRETARIA

NOTARIA DE CIUDADELA DE MANIZALES
DILIGENCIA DE AUTENTICACION

El suscrito ALFONSO DELGADILLO, Notario Público del Circuito de
Manizales, en virtud de los poderes que me autorizan el ante-
rior documento, he verificado los datos que registraron en esta Notaría
ALFONSO DELGADILLO PARRA C.C.#124 282

HECTOR GONZALEZ O C.C.# 10 220 941

FERNANDO MARIN VEGA C.C.#10223 784

CARLOS NADDER NADDER C.C.# 4313 708 LETICIA A DE GARCIA 24 277 106

Segun la confrontación que se ha hecho de ellos;

Dado en Manizales a 18 FNE 1984

Alf. Delgadillo C124282

Hector Gonzalez O C.C. 10.220.941 H.E.I.
Fernando Marin Vega C.C. 10.1223.784 H.E.I.
Carlos Nadder Nadder C.C. 4313.708 m/l
Leticia A de Garcia C.C. 24277.106



DEPARTAMENTO DE CALDAS

Secretaría de Educación

Oficio 7-198-X-11-84

DIPLOMAS

REVISADO

APROBADO

Anotada al Folio 28-R del Libro # 2º. El 23 de Octubre de 1.984.-



BA-5305691

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

UNIVERSIDAD DE CALDAS

FACULTAD DE MEDICINA

ACTA DE ESPECIALISTA Nº 014

En Manizales a los **veintiseis** días del mes de **julio** de 1990, se reunieron el Rector de la Universidad de Caldas (**Encargado**) **URIEL GIRALDO GALLON** el Decano de la Facultad de **Medicina** **OSCAR GOMEZ CEBALLOS** el Secretario General de la Universidad **MARIA CRISTINA LOPEZ DE SAFFON** con el fin de conferir en nombre de la República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, el título de **ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL** al Profesional **JAIRO DE JESUS RAMIREZ PALACIO** identificado con la cédula de ciudadanía número **15.925.134** de y Libreta Militar número **E254892** Distrito Militar **31**, por haber cumplido con el Reglamento y Programas de Postgrado que desarrolla la Facultad de **MEDICINA** aprobados previamente por el Consejo Superior de la Universidad y el ICFES y los cuales realizó entre **1º de julio de 1986** y el **30 de junio de 1990**. A continuación el Señor Rector le tomó el juramento de rigor mediante el cual prometió cumplir leal y fielmente con la Constitución, las leyes de la República y se hizo entrega del Diploma que lo acredita como **ESPECIALISTA**.

Copia de la presente Acta será entregada al interesado con las firmas y sellos respectivos. Para constancia se firma en Manizales a los **veintiseis** días del mes de **julio** de 1990.

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL



HOJA DE VIDA

GERMAN ARANGO BOTERO
Médico Especialista en Cirugía

HOJA DE VIDA

GERMAN ARANGO BOTERO
Calle 29 No. 17-51 Palmira
2725490 - 2755703
38 AÑOS
CC 10'254.391 de Manizales
SOLTERO
MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA

FORMACIÓN

ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL
Universidad Austral de Chile
1996 - 2000

MEDICINA Y CIRUGIA
Universidad Central del Ecuador
1984 - 1991

LICENCIATURA EN LENGUAS MODERNAS
Universidad de Caldas
1979 - 1983

OTROS ESTUDIOS

LXXII CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA
II JORNADAS CHILENO-ALEMANAS DE CIRUGIA
Valdivia 21 al 25 de noviembre de 1999

LXXI CONGRESO CHILENO E INTERNACIONAL DE CIRUGIA
XXX JORNADAS CHILENAS DE COLOPROCTOLOGÍA
Santiago de Chile 16 al 19 de noviembre de 1998

**XLIII CONGRESO ANUAL DEL CAPÍTULO CHILENO DEL AMERICAN
COLLEGE OF SURGEONS**

"Evaluación de la Cirugía Actual, problemas especiales, soluciones futuras"
Santiago de Chile 19 al 22 de abril de 1999

**XLII CONGRESO ANUAL DEL CAPÍTULO CHILENO DEL AMERICAN
COLLEGE OF SURGEONS**

"Nuevos Horizontes en Cirugía"
Santiago de Chile 6 al 9 de abril de 1988

67 CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

Taller de Técnica Quirúrgica, Métodos para su Aprendizaje
Buenos Aires 28 de octubre a 1 de noviembre de 1996

MINI-SIMPOSIUM "WEANING Y VENTILACIÓN MECÁNICA"

Instituto Nacional del Tórax
Santiago de Chile 21 de septiembre de 1999

MANEJO INICIAL DEL TRAUMA MAXILOFACIAL

Hospital de Valdivia
Valdivia 7 y 8 de noviembre de 1997

V JORNADA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA PREVALENTE

Universidad Austral de Chile
Valdivia 5 y 6 de septiembre de 1997

**CURSO INTERNACIONAL TEORICO-PRÁCTICO RINOPLASTIA
FUNCIONAL, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA**

Hospital Clínico Regional Valdivia X Región
Valdivia 13 y 14 de agosto de 1997

CURSO DE PATOLOGÍA VENOSA

Sociedad de Cirujanos de Chile
Valdivia 20 y 21 de junio de 1997

1ra JORNADA DE TRAUMA

Hospital Zonal General de Agudos
Buenos Aires 5 y 6 de noviembre de 1996

**II JORNADA DE CAPACITACIÓN PARA PROFESIONALES DEL ÁREA DE
ATENCIÓN PRIMARIA**

Hospital Magdalena V. de Martínez
Buenos Aires 3 de julio de 1996

SIMPOSIO INTERNACIONAL EN NEUROLOGÍA - NEUROCIRUGÍA
Asociación Colombiana de Neurología
Santiago de Cali mayo 24 de 1995

SEMINARIO - TALLER "REANIMACIÓN CEREBRO-CARDIOPULMONAR"
Asociación Colombiana de Medicina Interna
Santiago de Cali 11 de septiembre de 1993

III SIMPOSIO DE ACTUALIZACIÓN ACMI
Asociación Colombiana de Medicina Interna
Santiago de Cali 15 y 16 de mayo de 1992

SIMPOSIO INTERNACIONAL "HIPERTENSIÓN, VISIÓN ACTUAL"
Sociedad Colombiana de Nefrología
Santiago de Cali 28 de mayo de 1991

APORTES COMUNITARIOS

MEDICATURA RURAL
Hospital de Buga e Ingenio Pichichí
1991 -1992

EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
Médico de Urgencias
1992-1996

INGENIO PICHICHI
Jefe Salud Ocupacional
1992-1995

CLÍNICA MARANATHA
Médico de Urgencias
1992-1995

REFERENCIAS PERSONALES

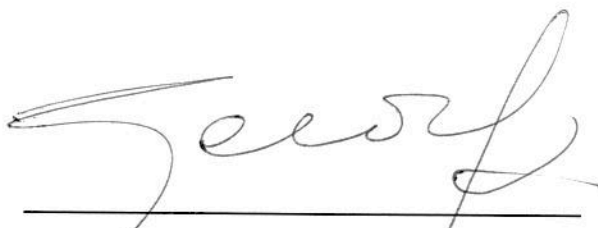
Dr. Camilo Escobar O.
Alcalde de El Cerrito
Teléfono: 2565340-5555448
Palmira

Dr. Aicardo Molina Abadía
Presidente
Ingenio Providencia S.A.
Teléfono: 6685064 -- 4384950
Santiago de Cali

Dr. Jesús Egidio Solis
Especialista en Cirugía
Teléfono: 27174 30-2726633
Palmira

Dr. Alvaro E. Castro
Auditor Médico
Servicio Occidental de
Salud
Teléfono: 2712257-2712254
Palmira

NOTA: PARA EFECTOS LEGALES, HAGO CONSTAR QUE LA
INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE DOCUMENTO ES
TOTALMENTE CIERTA Y PUEDE SER VERIFICADA A CABALIDAD.



Germán Arango Botero
CC. 10'254.391 de Manizales

Palmira, septiembre de 2000



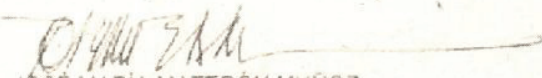
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

CONSTANCIA DE REGISTRO E INSCRIPCIÓN

GERMAN ARANGO BOTERO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 10254391 expedida en Manizales - Caldas se encuentra inscrito en la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, anotado en el libro Número 11, inscripción No. 888 del 05 de Septiembre de 2012 como Médico Cirujano según Título otorgado por la Universidad Central del Ecuador en Quito, el 12 de Septiembre de 1991.

Que GERMAN ARANGO BOTERO presentó la resolución No 000169 del 18 de Enero de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, que le autoriza para ejercer en todo el territorio Nacional.

Dada en Santiago de Cali, 05 de Septiembre de 2012.


JOSÉ MARÍA MATERÓN MUÑOZ
Profesional Especializado

Elabora Tatiana Barrera Soto

Gobernación del Valle-Secretaria Departamental de Salud del Valle- PBX 6200000 extensión
1624 semisótano

MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCION No < 000169 >

EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR

En Ejercicio de la delegacion conferida por resolucion No 0078 de junio 26 de 1991 segun facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

C O N S I D E R A N D O :

Que GERMAN ARANGO HOTERO con C.C. No 10.254.391
de MANIZALES ha solicitado el registro de su TITULO
De DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

Que le otorga LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR QUITO REPUBLICA DEL ECUADOR, 12 DE SEPTIEMBRE DE 1991

Que dicha TITULO se encuentra debidamente refrendada en EL ICES SEGUN RESOLUCION N. 3210 DE NOVIEMBRE 19 DE 1991

Al folio del libro de

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL SECRETARIA DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autoriza a GERMAN ARANGO HOTERO

para ejercer la profesion MEDICO CIRUJANO

en el territorio nacional, previa anotacion correspondiente

COMUNIQUESE PUBLIQUESE Y CUMPLASE

BLIC

A R E N E

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

169/93

Firma Médico

Nombres y Apellidos

GERMAN ARANGO BOTERO

C 10254391 De: MANIZALES

Universidad

Ciudad

CENTRAL DE ECUADOR ECUADOR

Código: 03885/ Fecha de Expedición 06/01/94



La salud
es de todos

Minisud



COLEGIO MEDICO
COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

GERMAN ARANGO BOTERO

C.C. 10254391

MEDICO

Universidad Central del Ecuador

Excedente

Grado: 12/09/1991

Retiro: 18/01/1993

ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 110 de 1994 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano. Al. Calle 15 # 100-43 Oficina 501 - Bogotá, Colombia. Teléfono: 310 1111. Email: colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Médico Colombiano

CEDULA DE IDENTIDAD 10254391
(Pasaporte)

Nº de Acta Formulario 309-A

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

CERTIFICADO

Según consta en el acta de la sesión del Consejo Académico del 5 de Abril del 2000, la Universidad Austral de Chile confirió el título de Especialista en Cirugía, "Con Distinción " a German Arango Botero.

Valdivia, 10 de abril de 2000.



Registro Académico Estudiantil
JEFE



Secretario General

**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
GOBERNACIÓN***Secretaría de Salud*

530-013-014

CONSTANCIA

Que German Arango Botero identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 10.254.391 expedida en Manizales, fue autorizado para ejercer como Doctor en Medicina y Cirugía según título que le otorgó la Universidad Central del Ecuador Quito, el 12 de Septiembre de 1991, mediante Resolución No. 169 del 18 de Enero de 1993 expedida por el Ministerio de Salud.

Que German Arango Botero se encuentra inscrito en la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, inscripción No. 97 del 26 de Marzo de 2014 como Especialista en Cirugía General según título que le otorgó la Universidad Austral de Chile en Valdivia-Chile, el 05 de Abril de 2000.

Que dicho título se encuentra reconocido y convalidado por el ICFES Educación Superior según Resolución No. 811 del 16 de Julio de 2001 como equivalente al título de Especialista en Cirugía General.

Santiago de Cali, 26 de Marzo de 2014.



DORA LILIA BECERRA
Profesional Especializada
Tarjeta No. 5341

Greicy Chavarro C

Valle del Cauca
Bien Hecho!



SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN N°. 000811 DE 20

(16 JUL 2001)

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992,
el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES,

CONSIDERANDO :

Que GERMAN ARANGO BOTERO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 10.254.391 de Manizales (Cds.), presentó ante este instituto el título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA, otorgado el 5 de abril de 2000, por la UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, Valdivia, Chile para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 17800/2000;

Que además presenta la resolución No. 3230 del 19 de noviembre de 1991, por medio de la cual le fue convalidado por el ICFES, el título de DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, expedido el 12 de septiembre de 1991, por La Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

Que los estudios fueron evaluados por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

11/5

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a GERMAN ARANGO BOTERO

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA, otorgado el 5 de abril de 2000, por la UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, Valdivia, Chile, a GERMAN ARANGO BOTERO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 10.254.391 de Manizales (Cds.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D. C. a los

16 JUL 2001



LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirectora de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL

NOTIFICADO: German Arango Botero

FECHA: 16 JUL 2001

C.C. Nº. 22 024 572 5 Recibo

16 JUL 2001

RESOLUCION No. 003230 DE 19**1991**

Por la cualse convalida un título obtenido en el extranjero

EL DIRECTOR GENERAL del

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de sus atribuciones legales y en especial las que
le confiere el Decreto Extraordinario 81 de 1980, y

C O N S I D E R A N D O:

Que GERMAN ARANGO BOTERO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía No.10.254.391 de Manizales, presentó ante este Instituto el título de DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, otorgado el 12 de septiembre de 1991, por la Universidad Central del Ecuador, Quito, República del Ecuador, para su convalidación, registro y posterior inscripción;

Que para esta convalidación se aplica el Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Titulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe, suscrito en México el 19 de julio de 1974 y ratificado por ley 8a. de 1977;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

Por la cual se convalida un título obtenido en el extranjero a GERMAN ARANGO BOTERO.

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, otorgado el 12 de septiembre de 1991, por la Universidad Central del Ecuador, Quito, República del Ecuador, a GERMAN ARANGO BOTERO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía No.10.254.391 de Manizales, como equivalente al título de MEDICO CIRUJANO que, en la modalidad de Formación Universitaria, otorgan las instituciones colombianas de educación superior, según el artículo 31 inciso tercero del Decreto Ley 80 de 1980 y el literal d) del artículo 3o., del Decreto 2725 de 1980.

ARTICULO SEGUNDO.- Ordenar a la División de Evaluación Jurídica de este Instituto el registro de dicho título y para tal efecto preséntese el original del diploma y la copia de esta providencia.

PARAGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley que regula el ejercicio de la respectiva profesión.

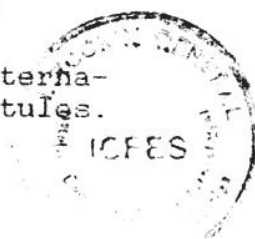
ARTICULO TERCERO.- Contra la presente resolución podrá interponerse recurso de reposición en la vía gubernativa.

Dada en Santafé de Bogotá, D.C., a los

Original firmado por el
DR. ROQUE GONZALEZ GARZON
ROQUE GONZALEZ GARZON
Director General

ORIGINAL FIRMADO POR:
Alvaro Martínez Ocampo
ALVARO MARTINEZ OCAMPO
Secretario General

GUILLERMO SOLARTE LINDO
Jefe Oficina Coordinación Interna-
cional y Convalidación de Títulos.



aw.



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

**La Universidad Austral de Chile,
en conformidad con las
Leyes, Estatutos y Reglamentos vigentes,
confiere a Don**

German Arango Botero

Con Distinción

el Título de *Especialista en Cirugía*

y por lo tanto le otorga y extiende el presente

DIPLOMA

en Valdivia y con fecha

5 de Abril del 2000

Alfonso Arango
RECTOR

Secretario General
SECRETARIO GENERAL

Decano
DECANO



No. N.º _____
Proc. N.º _____
Rub. _____

LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Y EN SU NOMBRE Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,

LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL,

HACE NOTORIO: que habiendo completado el señor

Arango Botero Germán

los cursos respectivos de **MEDICINA Y CIRUGIA**, según las disposiciones legales, se presentó a examen para recibir la investidura de **DOCTOR**, en dicha Facultad, y, en mérito de la **APROBACION** que obtuvo, se le confirió el referido **GRADO**, el día 12 de Septiembre de mil novecientos noventa y uno.

POR TANTO, se le expide el presente **TITULO**, de conformidad con las prescripciones de la Ley, en Quito, Capital de la República, a 12 de Septiembre de 1991.

EL DECANO DE LA FACULTAD,

Dr. Dimiter Barreto
DECANO

Quito, 12 de Septiembre de 1991

Dr. Dimiter Barreto
DECANO

EL SECRETARIO - ABOGADO,

Dr. Margarita Guzmán T.
SECRETARIA-ABOGADA ENCARGADA

EL SECRETARIO GENERAL,

Dr. Jorge Emilio Cevallos
Secretario General

RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL

Quito, a 12 de Septiembre de 1991

REFRENDADO,

al folio No 083 del Libro de Grados.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
Oficina Universitaria de Documentación e Información

ANOTADO

FOLIO No 22 No 1313

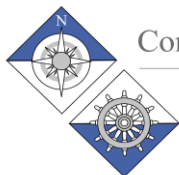
Fecha: 12 de Septiembre - 1991

CERTIFICADO
original que ha sido copiado y corresponde al

JOSE
NOTARIO

CONSULADO GERAL DE COLOMBIA

Visto Bueno



Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

J01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co

E

S

D

**REF. FORMULACIÓN DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A
CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

DEMANDANTE CALOS DARIO GOMEZ CEBALLOS Y OTROS

**DEMANDADO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL
CAUCA – COMFANDI Y OTROS**

RADICACIÓN 76520310300120240005400

HAROLD ARISTIZABAL MARIN, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado judicial de la llamada en garantía **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI “COMFANDI”**, Corporación de carácter privado, sin ánimo de lucro, con existencia legal y domicilio en la Carrera 23 N°26 B-46 de Cali, con Nit. 890.303.208-5 y personería jurídica reconocida por Resolución No. 2734 del 3 de octubre de 1957, expedida por el Ministerio de Justicia, dirección electrónica para notificaciones: notificacionesjudiciales@comfandi.com.co, dentro del presente proceso, de conformidad con el poder debidamente conferido por su Representante Legal, a su turno, me permito **LLAMAR EN GARANTÍA a CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, compañía de seguros, identificada con el NIT N° 860026518-6, con domicilio en la Calle 64 Norte N° 5 B N-146 O B 2 de Cali, dirección electrónica para notificaciones personales: notificacioneslegales.co@chubb.com representada legalmente por la señora Olivia Stella Viveros Arcila, o quien haga sus veces en la ciudad de Cali, para que, de acuerdo con las normas aplicables, se haga parte en el proceso y, si es el caso, responda de conformidad con las condiciones del contrato de seguro contenido en la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional Médica N° 67245, referencia 12006724500000** con vigencia desde el 02 de junio de 2024 hasta el 01 de junio de 2025.

1. PRETENSIONES

PRIMERA: Se sirva declarar y reconocer, Señora Juez, la existencia del contrato de seguro contenido en la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 67245, referencia 12006724500000** con vigencia desde el 02 de junio de 2024 hasta el 01 de junio de 2025, teniendo como tomador y asegurado a la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfamiliar Andi – COMFANDI y como beneficiario a los terceros afectados.

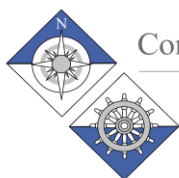
SEGUNDA. - En virtud del contrato de seguro antedicho, y con fundamento en las condiciones estipuladas, así como con base en el artículo 64 del Código General del

Carrera 3 A Oeste No. 2-43 El Peñón

PBX (+57) 602 488 0999 Tel: (+57) 602 893 3177 - 893 3231 Fax: 602 8922106

Email: conava@conava.net

Santiago de Cali - Colombia



Proceso, mi poderdante afirma tener derecho contractual a exigir de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, la indemnización correspondiente en caso que se profiera sentencia condenatoria en su contra como demandada dentro del proceso identificado en la referencia.

TERCERA. - Con fundamento en los artículos 64 y subsiguientes del Código General del Proceso, para todos los efectos legales, se vincule a este proceso, mediante la figura del llamamiento en garantía, a **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, cuyo domicilio se encuentra en la Calle 64 Norte N° 5 B N-146 O B 2 de la ciudad de Cali.

2. HECHOS QUE LE SIRVEN DE FUNDAMENTO A LAS PRETENSIONES

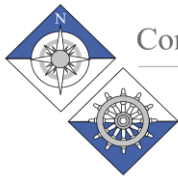
HECHO PRIMERO. - Mi mandante suscribió con la compañía **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, en calidad de tomador y asegurado la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional Médica N°67245, referencia 12006724500000** con vigencia desde el 02 de junio de 2024 hasta el 01 de junio de 2025, para cubrir la responsabilidad civil médica derivada del ejercicio profesional y de la actividad clínica y hospitalaria, que se anexa y que se encontraba vigente para la época de los hechos y de la reclamación, de conformidad con la modalidad de cobertura "*claims made*".

HECHO SEGUNDO. - Los hechos relacionados directamente con COMFANDI, que fueron objeto de la reclamación judicial a la EPS demandada, tuvieron lugar vale decir del 30 de junio al 02 de julio de 2022, con posterioridad a la fecha de retroactividad (**30 DE SEPTIEMBRE DE 2006**) establecida en la condición relativa al ámbito temporal (*claims made*) de la póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional Médica N° 67245, referencia 12006724500000** con vigencia desde el 02 de junio de 2024 hasta el 01 de junio de 2025.

HECHO TERCERO: En la citada demanda, la parte actora no agoto el requisito de procedibilidad y en su defecto solicito medidas cautelares, notificando la demanda a COMFANDI, el día 03 de julio de 2024, lo cual corresponde a la vigencia de la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y/o Hospitales No. **67245, referencia 12006724500000** con vigencia desde el 02 de junio de 2024 hasta el 01 de junio de 2025.

HECHO CUARTO: Teniendo en cuenta lo convenido en el contrato de seguros suscrito entre las partes y las condiciones en las que ocurrieron los hechos, que se enmarcan dentro de los términos delimitados por la fecha de retroactividad de la póliza, la compañía está obligada a cancelar las sumas en que mi mandante resulte condenado dentro de los límites y amparos convenidos.

HECHO QUINTO: Conforme al contrato y la ley mi representada tiene la facultad legal para llamar en garantía al proceso a la compañía **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, a fin que sufrague los costos de una eventual condena.



3. FUNDAMENTOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

La **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI** celebró con la compañía **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, un contrato de seguros en la cual se amparó la responsabilidad civil en que incurra el asegurado derivada de su actividad prestadora de salud, tal como consta en póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional Médica N°67245, referencia 12006724500000** con vigencia desde el 02 de junio de 2024 hasta el 01 de junio de 2025, que se anexa y que se encontraba vigente al momento de los hechos y la reclamación.

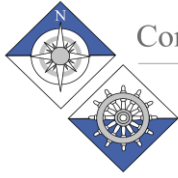
Conforme a las condiciones de la póliza, la compañía aseguradora se compromete a indemnizar los perjuicios patrimoniales que el asegurado cause con motivo de determinada responsabilidad civil que incurra, que sea consecuencia de un hecho externo accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza o dentro de las vigencias anteriores contados a partir del **30 DE SEPTIEMBRE DE 2006**.

Es preciso señalar que, en virtud de la Ley 389 de 1997, el contrato de seguro fue determinado como un contrato consensual. Luego al ser consensual y no solemne el contrato de seguro se probará por escrito o por confesión (Artículo 1046 modificado por el art. 3 de la Ley 389 de 1997), en consecuencia, la póliza dejó de ser el único medio para probar su existencia y basta en su defecto la confesión o un documento que lo acredite.

De conformidad con el artículo 64 del Código General del Proceso, quien tenga derechos derivados de una acción contractual, para exigir de un tercero un reembolso del pago de perjuicios que tuviere que hacer como resultado de una sentencia, podrá citar al proceso a aquél para que en el mismo proceso se resuelva sobre su relación, circunstancia que es la que se presenta en este evento y que se legitima. Solicito, en consecuencia, que de ser la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI** condenada a pagar cualquier suma de orden indemnizatorio, con ocasión de la demanda presentada por los señores Carlos Darío Gómez Ceballos y otros, a través de apoderado judicial, y en virtud de la sentencia que se llegue a dictar dentro del presente proceso, se ordene a su vez a **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, realizar dicho pago a través de la póliza reseñada.

4. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Cito como fundamentos de derecho los artículos 64 y siguientes del Código General del Proceso y demás normas concordantes, al igual que la Ley 389 de 1997.



5. PRUEBAS DOCUMENTALES

- 5.1 Certificado de existencia y representación de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, expedido por la Cámara de Comercio de Cali.
- 5.2 Copia de la póliza principal de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional Médica N° 67245, referencia 12006724500000** con vigencia desde el 02 de junio de 2024 hasta el 01 de junio de 2025

6. ANEXOS

- 6.1 El Poder para actuar.
- 6.2 Certificado de existencia y representación de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfamiliar Andi "Comfandi".
- 6.3 Los documentos presentados como pruebas documentales.

7. NOTIFICACIONES

La llamada en garantía **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, recibe notificaciones en la Calle 64 Norte N° 5 B N-146 O B 2 de Cali, dirección electrónica para notificaciones personales: notificacioneslegales.co@chubb.com

El suscrito abogado en la Carrera 3 A Oeste # 2-43 de Cali y personalmente en la Secretaría de su Despacho, así como en el correo electrónico: harold.aristizabal@conava.net ; conava@conava.net.

Sinceramente,

HAROLD ARISTIZABAL MARIN
C. C. N° 16.678.028 de Cali.
T. P. N° 41.291 C. S. de la Judicatura
RNA: Harold.aristizabal@conava.net

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5845692212165171

Generado el 13 de febrero de 2024 a las 10:50:50

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

EL SECRETARIO GENERAL

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

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

NIT: 860026518-6

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 5100 del 08 de octubre de 1969 de la Notaría 3 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación SEGUROS COLINA S.A.

Escritura Pública No 809 del 11 de marzo de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

Escritura Pública No 1071 del 04 de abril de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocoliza el acuerdo de fusión mediante el cual, CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A. absorbe a LA CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

Escritura Pública No 3583 del 07 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por ACE SEGUROS S.A.

Resolución S.F.C. No 1173 del 16 de septiembre de 2016, la Superintendencia Financiera no objeta la fusión por absorción entre Ace Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., protocolizada mediante Escritura Pública No.1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Su domicilio principal será en la ciudad de Bogotá D.C. y cambio su razón social por la de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 645 del 12 de marzo de 1970

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente que será Representante Legal de la Compañía y será elegido por la Junta Directiva para periodos de un (1) año, pudiendo ser reelegido indefinidamente o removido en cualquier tiempo. La Junta Directiva nombrará representantes legales adicionales al Presidente, para periodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente o removidos en cualquier tiempo. Los representantes Legales tomarán posesión ante el Superintendente Financiero.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE: Corresponde al Presidente las siguientes funciones: a) Representar a la Sociedad y administrar sus bienes y negocios con sujeción a la Ley, a los Estatutos, a las Resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva, con las limitaciones que estos Estatutos le imponen; b) Constituir apoderados judiciales de la Sociedad para tramitación de negocios específicos; c) Constituir apoderados extrajudiciales de la Sociedad ante cualquier autoridad gubernamental o entidad semioficial o particular o ante Notario para la realización de gestiones específicamente determinadas, comprendidas dentro del límite de sus propias atribuciones; d) Celebrar o ejecutar por sí mismo todos los actos y contratos en que la Sociedad haya de ocuparse, pero cuando se trate de adquisición, enajenación o gravamen de bienes raíces,



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5845692212165171

Generado el 13 de febrero de 2024 a las 10:50:50

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

deberá obtener aprobación de la Junta Directiva si su valor excediere de veinticinco millones de pesos (25.000.000.00) moneda legal; e) Someter a la aprobación de la Junta Directiva, la creación de los cargos de Vicepresidentes y/o Auxiliares Ejecutivos, la creación o supresión de Sucursales y los nombres de las personas designadas para ejercer dichos cargos o para gerenciar las Sucursales; f) Crear los cargos necesarios para el buen funcionamiento de la Sociedad, nombrar a las personas que han de desempeñarlos, señalar sus asignaciones y elaborar los contratos laborales a que hubiere lugar; g) Presentar a la Asamblea General de Accionistas, en su reunión ordinaria anual, un informe escrito sobre la forma en que hubiere llevado a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomiende así como el proyecto de distribución de utilidades, todo lo cual deberá haber sido aprobado por la Junta Directiva; h) Designar Corredores o Agentes de Seguros y celebrar los contratos a que hubiere lugar; i) Autorizar con su firma los balances de la Sociedad, los Títulos de acciones y las copias de las Actas que se expidan, tanto de las reuniones de la Asamblea General de Accionistas como de la Junta Directiva; j) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva; k) Solemnizar las reformas de los Estatutos; l) Llevar a cabo la liquidación de la Sociedad a menos que la Asamblea General de Accionistas designe otro y otros liquidadores; m) Las demás que le asigne o delegue la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva y dar cumplimiento a las órdenes que le impartan dichos organismos. (Escritura Pública 1482 del 21 de octubre de 2016 Notaría 28 de Bogotá D.C.)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Fabio Cabral Da Silva Fecha de inicio del cargo: 19/01/2023	CE - 7325379	Presidente
Maria Del Mar Garcia De Brigard Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 52882565	Representante Legal
Óscar Luis Afanador Garzón Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 19490945	Representante Legal
Gloria Stella García Moncada Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 39782465	Representante Legal
Carlos Humberto Carvajal Pabón Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 19354035	Representante Legal
Alberto Rodolfo Arena Fecha de inicio del cargo: 08/09/2022	CE - 6917334	Representante Legal
Carolina Isabel Rodríguez Acevedo Fecha de inicio del cargo: 12/10/2017	CC - 52417444	Representante Legal
Juan Pablo Saldarriaga Arias Fecha de inicio del cargo: 28/04/2022	CC - 1017142329	Representante Legal
Maria Paula Cometa García Fecha de inicio del cargo: 09/11/2023	CC - 1075258362	Representante Legal
María Patricia Arango Vélez Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 43510821	Representante Legal

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, multirriesgo industrial, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, salud y vida grupo. Con Resolución 1451 del 30 de agosto de 2011 Revocar la autorización concedida a ACE SEGUROS S.A., para operar los ramos de Seguro de Vidrios, Salud y Colectivo de Vida, decisión confirmada con resolución 0756 del 25 de mayo de 2012.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de Multirriesgo industrial se debe explotar



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5845692212165171

Generado el 13 de febrero de 2024 a las 10:50:50

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

según el ramo al cual corresponda cada amparo. b) El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.B. No 0746 del 13 de mayo de 2005 Ramo de Seguros de Exequias

Resolución S.F.C. No 0159 del 18 de febrero de 2015 , la Superintendencia Financiera autoriza para operar el ramo de seguros de salud

Escritura Pública No 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Como consecuencia de la absorción de Chubb de Colombia asume los ramos de aviación, vidrios, colectivo de vida autorizados mediante Resolución 5148 del 31 de diciembre de 1991 a Chubb de Colombia. Circular Externa 052 del 20/12/2002 El ramo multirriesgo familiar se explotará bajo el ramo de hogar.



**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



Póliza Ant.:

Ramo 12 RESPONSABILIDAD		Operación 02 Renovacion				Póliza 67245		Anexo 0		Referencia 12006724500000					
Sucursal		Vigencia del Seguro										Fecha de Emisión			
		Año Mes Día Hora								Año Mes Día					
05 CALI		Desde 2024 06 02 00				Hasta 2025 06 01 24				2024 07 12					
Tomador		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE								C.C. O NIT		8903032085			
Dirección		CR 23 26B 46								Ciudad		CALI			
Asegurado		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE								C.C. O NIT		8903032085			
Dirección		CR 23 26B 46								Ciudad		CALI			
Beneficiario		TERCEROS AFECTADOS								C.C. O NIT		11111			
Dirección		KRA 23 12487 OF 703 704								Ciudad		BOGOTA			
Intermediario															
42517 ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES															

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

RENUOVA POLIZA NRO. 0062477

SE RENUOVA LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER.

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax: (57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Valor Prima Gravada	715.000.000,00 \$COP
Valor Prima No Gravada	0,00 \$COP
Valor I.V.A.	135.850.000,00 \$COP
Total Prima	715.000.000,00 \$COP
Gastos de Expedición	12.000,00 \$COP
I.V.A. Gastos Expedición	2.280,00 \$COP
Total Otros Pagos	14.280,00 \$COP
Total a Pagar	850.864.280,00 \$COP

CLIENTE

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

Referencia de Pago
12006724500000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

Forma de Pago

Efectivo	\$
Cheque Cod Bco	\$
Cheque Cod Bco	\$
Total a pagar	\$

Tomador CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE

☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025

☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807

☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter

☐ Davivienda Cta Cte 516990066

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web www.chubb.com.co

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com



415770999800062980201200672450000039000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)12006724500000(3900)0000000000(96)00000000

ENTIDAD BANCARIA

ROBCH



Nit 860.026.518-6

Referencia de Pago Electrónico 12006724500000
Fecha Límite de pago: 11 de Agosto de 2024

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Tomador CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
Pagos en Línea a través de www.chubb.com/co	

Forma de Pago	
Efectivo	\$
Cheque Cod Bco	\$
Cheque Cod Bco	\$
Total a pagar	\$

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

CLIENTE



Nit 860.026.518-6

Referencia de Pago Electrónico 12006724500000
Fecha Límite de pago: 11 de Agosto de 2024

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Tomador CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
Pagos en Línea a través de www.chubb.com/co	

Forma de Pago	
Efectivo	\$
Cheque Cod Bco	\$
Cheque Cod Bco	\$
Total a pagar	\$

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com



0275120067245000000164280000

ENTIDAD BANCARIA

Detalle de Vencimientos

Sección	Póliza	Endoso
12 RESPONSABILIDAD CIVIL	67.245	0

Asegurado
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE

Productor
ARTHUR J. GALLAGHER CORREDORES

Nro. Cuota	Vencimiento	Importe
01	11/08/2024	\$ 850864280.00

Premio Total en Moneda: \$ 850864280.00

Factor de Cambio: 1,0000

CONDICIONES PARTICULARES

Tomador:

Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi

Asegurado:

Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca - Comfandi y/o Comfaunion y/o Como Sus Intereses Aparezcan, por los **Servicio Profesionales** prestados en las siguientes IPS:

1. IPS COMFANDI ALAMEDA - Calle 5 No. 23B-03
2. IPS COMFANDI EL PRADO - Carrera 23 No. 26B-46
3. IP SCOMFANDI MORICHAL - Calle 54 No. 45-25
4. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO SEDE CENTRO Calle 21 # 7-15
5. IPS COMFANDI TORRES - Cra 1 No. 56-90
6. IPS ESPECIALISAS TEQUENDAMA Calle 5ª # 42-15
7. LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO COMFANDI Cll 5ª # 42 A - 11
8. SIA CENRO COMERCIAL CALIMA Clle 70 Cra 1 CC Calima Loc 233
9. SIA PASOANCHO cll 13 No. 80-60 local 221 a 225
10. CLINICA COMFANDI CARTAGO - Calle 23 No. 4AN-35
11. IPS COMFANDI BUGA - Carrera 17 No. 5-18
12. IPS COMFANDI CARTAGO - Carrera 4 No. 9-45
13. IPS COMFAMDI PALMIRA - Calle 32 No. 21-74
14. IPS COMFANDI TULUA - Carrera 18 No.25-60
15. IPS COMFANDI YUMBO - Calle 15 No. 6-46

Vigencia:

Junio 02 de 2024 a las 00:00 horas – Junio 01 de 2025 a las 24:00 horas

Interes: Responsabilidad Civil Profesional Médica.

Delimitacion Territorial: Colombia

Jurisdicción: Colombia

Modalidad de Cobertura: Claims Made

Retroactividad: SEPTIEMBRE 30 DE 2006 (sujeto a confirmacion de fecha exacta de la poliza donde conste que de manera ininterrumpida se ha tenido contratada la poliza y en modalidad de cobertura claims made).

14 de marzo de 2019

Fecha De Antigüedad:

Condiciones Económicas

Limite de Responsabilidad	Deducible por Reclamo	Prima vigencia Antes de Iva
Cop \$3.000.000.000 por reclamo y en el agregado para la vigencia	Gastos Legales: 10% del valor de la perdida mínimo COP \$4.000.000 por reclamo Daños: 10% del valor de la perdida mínimo COP \$30.000.000 por reclamo	\$715.000.000 + Gastos de emisión \$12.000

Cobertura Básica

- Cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL ASEGURADO DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS

POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugias reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

Exclusiones Adicionales

El asegurador 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:

- ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS.
- QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- EXCLUSIÓN OFAC: ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.
- RECLAMOS PRESENTADOS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.
- SE MODIFICA LA EXCLUSIÓN 3.27. **CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS** Y EN SU LUGAR SE REEMPLAZA POR LA SIGUIENTE:

EL ASEGURADOR 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:

3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

LOS DEMÁS TÉRMINOS, CONDICIONES, LÍMITES DE RESPONSABILIDAD Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA NO MODIFICADOS POR ESTE ENDOSO PERMANECEN IGUALES.

➤ EXCLUSION DE SITUACIONES ESPECIFICAS:

EL **ASEGURADOR** 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: LA SINIETRALIDAD REPORTADOS POR EL ASEGURADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO ENVIADO A CHUBB SEGUROS Y QUE SIRVIO DE BASE PARA LA COTIZACION DE LA VIGENCIA 2019-2020.

Condiciones Adicionales

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
- Fecha de retroactividad: Los **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: SEPTIEMBRE 30 DE 2006 (sujeto a confirmacion de fecha exacta de la poliza donde conste que de manera ininterrumpida se ha tenido contratada la poliza y en modalidad de cobertura claims made).
- Fecha de **Reconocimiento de antigüedad**: 14 de marzo de 2019
- **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES** de acuerdo a lo estipulado en la condición 8 del Clausulado General: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses
- Las siguientes Ips tendrán cobertura por **actos médicos erróneos** en la prestación de sus **servicios profesionales** cometidos antes de la siguiente fechas:
 - CLÍNICA AMIGA - Calle 18 70 – 75: 01 de octubre de 2020,
 - IPS COMFANDI PASOANCHO - Calle 13 No.78- 06: 30 de noviembre de 2020.,
 - IPS COMFANDI CANDELARIA - Calle 10 No. 7-56: 01 de junio de 2018,
 - IPS COMFANDI PLANES - Calle 5B No. 39-38: 22 de abril de 2019

y **Reclamados** durante la vigencia de esa póliza. Ningún acto médico erróneo ocurrido después de dichas fechas estará cubierto.

- Por medio del presente endoso se incluye la siguiente condición a la póliza

Cobertura culpa grave

Se cubre la culpa grave únicamente en los casos en que ésta no se asemeje al dolo de conformidad con la ley colombiana.

Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

- Se cubren cauciones judiciales de conformidad con al definicion de Gastos Legales del clausulado general de la póliza.
- Personal Médico Auxiliar: Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o

autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, de conformidad con la definición de ASEGURADO del clausulado general y demás términos y condiciones.

- **Suministro de Bebidas, Alimentos y Materiales:** La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general, de conformidad con la Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.
- **Estudiantes de Pre y Post Grado:** La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no, de conformidad con la Extensión para practicantes y aprendices siempre y cuando se encuentren bajo supervisión de un médico titulado, de conformidad con las condiciones generales de la póliza. Esta cobertura opera en exceso de la póliza de Responsabilidad civil profesional medica que tenga la universidad a la cual este matriculado el estudiante en practica y/o aprendiz.

EXCLUSIONES ADICIONALES

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCESOS INVASIVOS REALIZADOS A LOS PACIENTES POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES Y/O PROFESIONALES QUE NO SE ENCUENTREN ACREDITADOS Y DEBIDAMENTE HABILITADOS PARA REALIZAR DICHAS INTERVENCIONES.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS SIN LA DEBIDA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL AUTORIZADO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD QUIENES SERÁN LOS RESPONSABLES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 190 DE 1996 Y DEMÁS NORMAS COMPLEMENTARIAS.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO DE ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS EN INSTITUCIONES DONDE LA UNIVERSIDAD NO TENGA ACTUALMENTE EL CONVENIO.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO DE ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS POR ESTUDIANTES QUE NO SE ENCUENTREN MATRICULADOS EN LA UNIVERSIDAD CON LA CUAL TIENE EL CONVENIO LA CLINICA.

- Esta póliza NO se extiende a amparar estas personas individualmente. Los Médicos deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.
- La presente póliza cubre la Responsabilidad Civil Profesional Médica directa e indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos profesionales médicos (médicos y cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado. De acuerdo a lo definido en los numerales 1 y 2 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL de conformidad con las definiciones de Asegurado, Acto Médico, Acto Médico Erróneo del clausulado general y demás terminos y condiciones de la póliza.

- Revocación de la póliza a 90 días.
- Aviso de siniestro 30 días.
- En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe de conformidad con lo establecido en el código de comercio artículos 1092 y siguientes
- GASTOS CUBIERTOS: LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes, y de conformidad con las costas de acuerdo a la definición de Gastos legales del clausulado general y demás términos y condiciones de la póliza:
 - Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
 - Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
 - Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización

- Anexo de Cobertura de Visitas a domicilio:

Mediante la contratación de este Anexo y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la **Póliza**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Profesionales** realizados por el **Asegurado** en el domicilio del paciente.

Se cubren los **Actos Médicos Erróneos** y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los **Servicios Profesionales**.

La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los **Daños Corporales** hayan sido causados por el **Asegurado** y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente **Póliza** mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando **Servicios Profesionales** al paciente.

Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.31.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

- El Anexo de Cobertura de Visitas a domicilio de la presente póliza se extiende a amparar la responsabilidad civil profesional que legalmente le sea imputada al asegurado con ocasión del servicio suministrado de cuidado en domicilio única y exclusivamente de pacientes del asegurado de acuerdo con las siguientes ubicaciones:

Cuidado en Casa en Cali desde la Clínica Tequendama.

Ecopetrol K43A 5A-40 Cali

Jhonson_ &_ Jhonson Calle 15 #31-46 Cali

Coca-Cola 98 #16-95 Cali

Se deja constancia que para efectos de la presente cobertura se amparan única y exclusivamente el personal al servicio del asegurado.

- Cláusula Compromisoria o De Arbitramento

Toda controversia o diferencia relativa a esta póliza, se resolverá por **Arbitraje**.

Para los efectos de la presente cláusula se entiende por **Arbitraje** un procedimiento arbitral delante de un tribunal de arbitramento que se constituirá y sujetará a lo dispuesto en el decreto 2279 de 1989, la ley 23 de 1991, decreto 2561 de 1991, el decreto 1818 de 1998 y demás normas que las modifiquen o adicionen. El tribunal estará integrado por tres árbitros, elegidos uno por el **Asegurado**, otro por la compañía y el tercero de común acuerdo entre los dos árbitros anteriores. La organización interna del tribunal se sujetará a las reglas previstas para el efecto. El tribunal decidirá en derecho y funcionará en Bogotá.

- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.
- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGO41.

Participacion CHUBB:

100% de la anterior Suma Asegurada y prima

Términos de Pago de Prima:

Cláusula de pago de prima: tres cuotas a 30, 60 y 90 días.

El IVA se paga 100% en la primera cuota

Nota 1:

Chubb Seguros Colombia es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb Seguros Colombia está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las restricciones de sanciones nacionales, de la UE y de la ONU, que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Contacto

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Nit. 860.026.518-6

Carrera 7 No. 71-21, Torre B Piso 7

A.A. 29782

571 326-6200 Tels

Bogotá D.C., Colombia

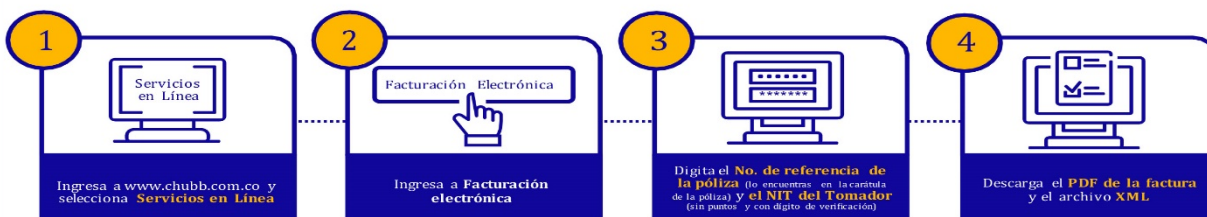
Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica



Es muy sencillo...

OPCIÓN 1

A través de nuestro portal **www.chubb.com.co**



OPCIÓN 2

A través de nuestra plataforma **iChubb**



Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3

A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.™



ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I

14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCH UBBSEGo41

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO.

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO LA ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL **ASEGURADO**, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** 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:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

- I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA
- II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES**.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECÍFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. 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.

II. 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.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE .

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR 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 DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, 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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.34. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.35. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO, DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

- A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.
- B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.
- C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,
- D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.37 CONDUCTA SEXUAL

EL **ASEGURADOR** 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: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad de l **Asegurador** en relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños, Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales**, sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovisto de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Periodo Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Periodo Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

- I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que e la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la

Reclamación, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** 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 **Asegurado** y **Asegurador** no logren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** 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**.

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como “no renovación” y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier **Reclamación** **presentada** durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este período serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último **Periodo Contractual**, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida

en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los con tratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;
- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente. Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el

Asegurado deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Quando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada(o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente

contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. GARANTIAS

El **Asegurado** está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El **Asegurado** garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el **Asegurado**:

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan 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 en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos 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. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su 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.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas 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 del paciente, excepto 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 que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de 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 propios para tal fin, 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 lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)
- e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:
 - Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
 - Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
 - Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando 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 por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta póliza de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a,

humos, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

- a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.
- b. Daños punitivos y ejemplarizantes.
- c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,
- d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red

- b. Uso no autorizado de una red informática
- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la de claración de que el mismo es responsable, de un Daño **como** resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico

Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.

PBX: (+57) 601 6108161 / (+57) 601 6108164

Fax: (+57) 601 6108164

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com

Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

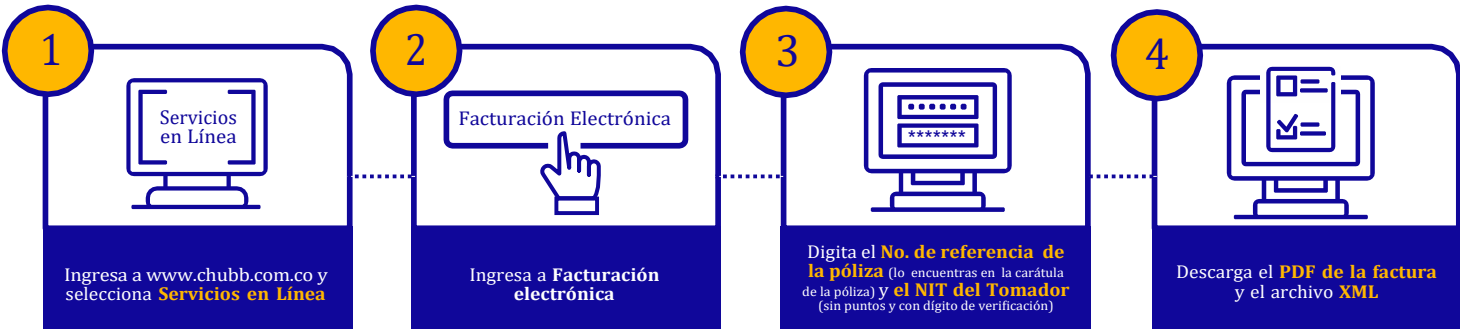
Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica



Es muy sencillo...

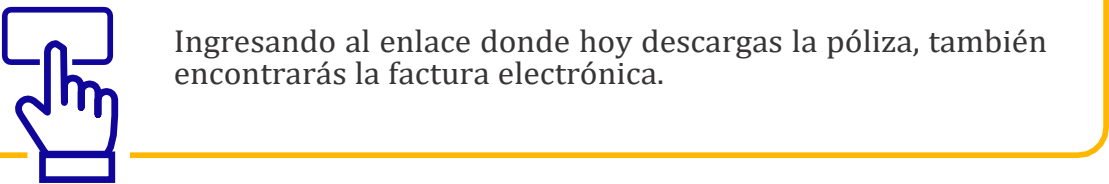
OPCIÓN 1

A través de nuestro portal **www.chubb.com.co**



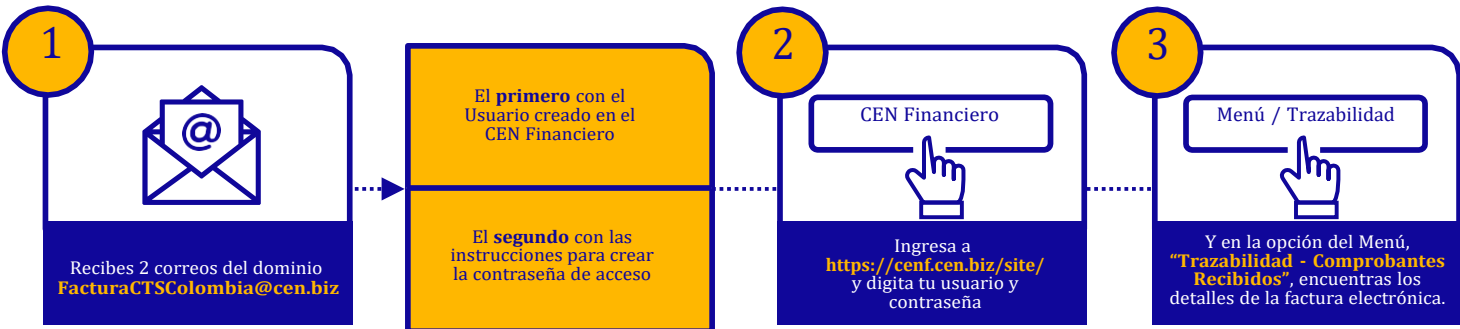
OPCIÓN 2

A través de nuestra plataforma **iChubb**



OPCIÓN 3

A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (+57) 601 6108161 Fax: (+57) 601 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

*** * * D E F I N I T I V O * * ***

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI
FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

7652000037 - IPS COMFANDI PALMIRA

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:		7614700037 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI			
Ni:Nit / CC:Cédula	NI:890303208-5		Nombre o razón social:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI	
Fecha de inscripción:	2006/11/17		Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO		Carácter Territorial de la Entidad:		
Representante Legal:	JACOBO TOVAR CAICEDO		Dirección administrativa:	CL 23 # 4AN-35-GUAYACANES	
Telefono:	923340000	Fax:	923340000	Email:	tramitesalud@comfandi.com.co
Municipio:	CARTAGO		Departamento:	VALLE DEL CAUCA	

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:		761470003723 - CLINICA COMFANDI CARTAGO			
Dirección:	CL 23 # 4AN-35		Barrio:	GUAYACANES	
Telefono:	2093593 ext: 65940	Fax:		Email:	elizabethvelez@comfandi.com.co
Gerente:	CARMEN CECILIA BANGUERO CARABALI		Fecha de Apertura:	2007/11/06	
Municipio:	CARTAGO		Departamento:	VALLE DEL CAUCA	

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Código y Nombre Sede:		765200003724 - IPS COMFANDI PALMIRA			
Dirección:	CL 32 # 21 -74		Barrio:	URIBE	
Telefono:	602 2855177	Fax:		Email:	diegoburbano@comfandi.com.co
Gerente:	DIEGO FERNANDO BURBANO RODRIGUEZ		Fecha de Apertura:	2009/01/07	
Municipio:	PALMIRA		Departamento:	VALLE DEL CAUCA	
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	Jul 19 2024 3:21PM		Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	20240701 - 20250630	

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA

INFORME DE LAS DECLARACIONES DE AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Código del prestador: 7614700037

Prestador: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI

Sede principal del prestador: 7652000037-24 - IPS COMFANDI PALMIRA

SEDE DEL PRESTADOR

CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO	CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO
CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA	SI CUMPLE	CAPACIDAD PATRIMONIAL Y FINANCIERA	SI CUMPLE

CONDICIONES CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	CUMPLE
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI
INTERNACIÓN	134	HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	SI
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	311	ENDODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBISTECIA	SI
CONSULTA EXTERNA	325	MEDICINA FAMILIAR	SI
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI
CONSULTA EXTERNA	330	NEFROLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	338	ORTODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	343	PERIODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	347	REHABILITACIÓN ORAL	SI
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	410	CIRUGÍA ORAL	SI
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 761470003723

Impreso por el usuario: 761470003723

Versión 2.0.

Fecha de impresión: viernes 19 de julio de 2024 (3:24 p.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

7652000037 - IPS COMFANDI PALMIRA

*** * * D E F I N I T I V O * * ***

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI
FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

7652000037 - IPS COMFANDI PALMIRA

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:		7614700037 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI			
Ni:Nit / CC:Cédula	NI:890303208-5		Nombre o razón social:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI	
Fecha de inscripción:	2006/11/17		Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO		Carácter Territorial de la Entidad:		
Representante Legal:	JACOBO TOVAR CAICEDO		Dirección administrativa:	CL 23 # 4AN-35-GUAYACANES	
Telefono:	923340000	Fax:	923340000	Email:	tramitesalud@comfandi.com.co
Municipio:	CARTAGO		Departamento:	VALLE DEL CAUCA	

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:		761470003723 - CLINICA COMFANDI CARTAGO			
Dirección:	CL 23 # 4AN-35		Barrio:	GUAYACANES	
Telefono:	2093593 ext: 65940	Fax:		Email:	medicolidercartago@comfandi.com.co
Gerente:	CRISTIAN GERARDO ABADÍA BETANCOUR		Fecha de Apertura:	2007/11/06	
Municipio:	CARTAGO		Departamento:	VALLE DEL CAUCA	

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Código y Nombre Sede:		765200003724 - IPS COMFANDI PALMIRA			
Dirección:	CL 32 # 21 -74		Barrio:	URIBE	
Telefono:	602 2855177	Fax:		Email:	rodrigocamero@comfandi.com.co
Gerente:	RODRIGO CAMERO GOMEZ		Fecha de Apertura:	2009/01/07	
Municipio:	PALMIRA		Departamento:	VALLE DEL CAUCA	
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	Aug 16 2023 9:49AM		Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	20230701 - 20240630	

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA

INFORME DE LAS DECLARACIONES DE AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Código del prestador: 7614700037

Prestador: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI

Sede principal del prestador: 7652000037-24 - IPS COMFANDI PALMIRA

SEDE DEL PRESTADOR

CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO	CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO
CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA	SI CUMPLE	CAPACIDAD PATRIMONIAL Y FINANCIERA	SI CUMPLE

CONDICIONES CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	CUMPLE
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI
INTERNACIÓN	134	HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	SI
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	311	ENDODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBISTETRICA	SI
CONSULTA EXTERNA	325	MEDICINA FAMILIAR	SI
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI
CONSULTA EXTERNA	330	NEFROLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	338	ORTODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	343	PERIODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	347	REHABILITACIÓN ORAL	SI
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	410	CIRUGÍA ORAL	SI
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SI

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI
--	-----	--	----

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 761470003723

Impreso por el usuario: 761470003723

Versión 2.0.

Fecha de impresión: miércoles 16 de agosto de 2023 (9:51 a.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

7652000037 - IPS COMFANDI PALMIRA

*** * * D E F I N I T I V O * * ***

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI
FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

7652000037 - IPS COMFANDI PALMIRA

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:		7600100037 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI			
Ni:Nit / CC:Cédula	NI:890303208-5		Nombre o razón social:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI	
Fecha de inscripción:	2006/11/17		Clase de prestador:	Instituciones - IPS	
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO		Carácter Territorial de la Entidad:		
Representante Legal:	JACOBO TOVAR CAICEDO		Dirección administrativa:	KR 23 26B-46	
Telefono:	923340000	Fax:	923340000	Email:	tramitesalud@comfandi.com.co
Municipio:	Distrito:CALI		Departamento:	Distrito:CALI	

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:		760010003701 - IPS COMFANDI EL PRADO			
Dirección:	CRA 23 # 26B-46		Barrio:	EL PRADO	
Telefono:	3340000 ex 2055	Fax:		Email:	alejandragiraldo@comfandi.com.co
Gerente:	LUZ ALEJANDRA GIRALDO		Fecha de Apertura:	2006/11/17	
Municipio:	Distrito:CALI		Departamento:	Distrito:CALI	

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Código y Nombre Sede:		765200003724 - IPS COMFANDI PALMIRA			
Dirección:	CL 32 # 21 -74		Barrio:	URIBE	
Telefono:	2818100	Fax:		Email:	rodrigocamero@comfandi.com.co
Gerente:	RODRIGO CAMERO GOMEZ		Fecha de Apertura:	2009/01/07	
Municipio:	Distrito:PALMIRA		Departamento:	Distrito:PALMIRA	
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	Jul 7 2022 4:43PM		Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	20210827 - 20220831	

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA SEDE DEL PRESTADOR

CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO	CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO
CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA	SI CUMPLE	CAPACIDAD PATRIMONIAL Y FINANCIERA	SI CUMPLE

CONDICIONES CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	CUMPLE
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI
INTERNACIÓN	134	HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	SI
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	311	ENDODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBISTECRICA	SI
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	338	ORTODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	343	PERIODONCIA	SI
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	347	REHABILITACIÓN ORAL	SI
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	410	CIRUGÍA ORAL	SI
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 760010003701

Impreso por el usuario: 760010003701

Versión 2.0.

Fecha de impresión: jueves 07 de julio de 2022 (4:44 p.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

7652000037 - IPS COMFANDI PALMIRA

Póliza Ant.:

Ramo 12 RESPONSABILIDAD	Operación 02 Renovación	Póliza 50714	Anexo 0	Referencia 12005071400000
Sucursal 05 CALI	Vigencia del Seguro Año Mes Día Hora Desde 2021 06 16 00 Hasta 2022 06 15 24			Fecha de Emisión Año Mes Día 2021 07 07
Tomador COMFANDI	C.C. O NIT 8903032085			
Dirección CR 23 26B 46	Ciudad CALI			
Asegurado VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES	C.C. O NIT 30			
Dirección .	Ciudad .			
Beneficiario TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT 11111			
Dirección ND	Ciudad -			
Intermediario 45110 WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA				

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

RENUEVA POLIZA NRO. 0045310

SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER.

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

CLIENTE

Valor Prima	498.000.000,00 \$COP
Gastos Exped.	0,00 \$COP
I.V.A.	94.620.000,00 \$COP
Total a Pagar	592.620.000,00 \$COP

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

Referencia de Pago
12005071400000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

Forma de Pago

Efectivo	\$
Cheque Cod Bco	\$
Cheque Cod Bco	\$
Total a pagar	\$

Tomador COMFANDI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025 | <input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807 |
| <input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter | <input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066 |

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web www.chubb.com.co

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com



415770999800062980201200507140000039000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)12005071400000(3900)0000000000(96)00000000

ROBCO10

ENTIDAD BANCARIA

CHUBB

Nit 860.026.518-6

Referencia de Pago Electrónico 12005071400000
Fecha Límite de pago: 06 de Agosto de 2021

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Tomador VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025 <input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter <input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
Pagos en Línea a través de www.chubb.com/co

Forma de Pago	
Efectivo	\$
Cheque Cod Bco	\$
Cheque Cod Bco	\$
Total a pagar	\$

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

CLIENTE

CHUBB

Nit 860.026.518-6

Referencia de Pago Electrónico 12005071400000
Fecha Límite de pago: 06 de Agosto de 2021

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Tomador VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025 <input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter <input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
Pagos en Línea a través de www.chubb.com/co

Forma de Pago	
Efectivo	\$
Cheque Cod Bco	\$
Cheque Cod Bco	\$
Total a pagar	\$

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com



0275120050714000000120000001

ENTIDAD BANCARIA

Detalle de Vencimientos

Sección	Póliza	Endoso
12 RESPONSABILIDAD CIVIL	50.714	0

Asegurado

VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES

Productor

WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA

Nro. Cuota	Vencimiento	Importe
01	06/08/2021	\$ 592620000.00

Premio Total en Moneda: \$ 592620000.00

Factor de Cambio: 1,0000

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0050714	0	1
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

CONDICIONES PARTICULARES Elite - Médica

Tomador:
Asegurado:

Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca - Comfandi Y/O
Comfaunion Y/O Como Sus Intereses Aparezcan, por los Servicio
Profesionales prestados en las siguientes IPS:
NIVEL III
CLINICA AMIGA - Carrera 70 No. 18-75 *
NIVEL II
IPS COMFANDI BUGA - Carrera 17 No. 5-19
CLINICA COMFANDI PALMIRA - Calle 32 No. 21-74 *
CENTRO DE ESPECIALISTAS CLINICA AMIGA - Calle 5 No. 42-15
IPS CLINICA COMFANDI CARTAGO - Calle 23 No. 4AN-35
NIVEL I
IPS COMFANDI ALAMEDA - Calle 5 No. 23B-03
IPS COMFANDI EL PRADO - Carrera 23 No. 26B-26
IPS COMFANDI PASOANCHO - Calle 13 No.78- 06 *
IPS CANDELARIA* - Calle 10 No. 7-56
IP SCOMFANDI MORICHAL - Calle 54 No. 42B-21
IPS COMFANDI TORRES - Cra 1 No. 56-90
IPS COMFANDI YUMBO - Calle 15 No. 6-46
IPS ODONTOLOGICA COMFANDI SANTA ROSA - Calle 8 No. 8-13
IPS PLANES - Calle 5B No. 39-38 *
IPS COMFANDI CARTAGO - Carrera 4 No. 9-45
IPS COMFANDI TULUA - Carrera 18 No.25-60 IPS PALMIRA - Calle 32
No. 21-74
LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO COMFANDI
CLINICA ODONTOLOGICA COMFANDI PALMIRA
SALUD INTEGRAL AMIGA(ODONTOLOGICA
SALUD INTEGRAL AMIGA NORTE
SALUD INTEGRAL AMIGA SUR
IPS SAN NICOLAS CALLE 21 # 7 15

* Las Ips marcadas tendrán cobertura por actos médicos erróneos en la prestación de sus servicios profesionales cometidos antes de la siguiente fechas:

Clínica amiga - Calle 18 70 – 75: 01 de octubre de 2020.

IPS COMFANDI PASOANCHO - Calle 13 No.78- 06: 30 de noviembre de 2020.

IPS COMFANDI CANDELARIA - Calle 10 No. 7-56: 01 de junio de 2018

IPS COMFANDI PLANES - Calle 5B No. 39-38: 22 de abril de 2019

y Reclamados durante la vigencia de esta póliza. Ningún acto médico erróneo ocurrido después de dichas fechas estará cubierto.”

Vigencia:

Desde Junio 16 de 2021 a las 00:00 hasta Junio 15 de 2022 a las 24:00.

Interes:

Responsabilidad Civil Profesional Médica.

Delimitacion Territorial:

Colombia

Jurisdicción:

Colombia

Modalidad de Cobertura:

Claims Made

Retroactividad:

SEPTIEMBRE 30 DE 2006 (sujeto a confirmacion de fecha exacta de la poliza donde conste que de manera ininterrumpida se ha tenido contratada la poliza y en modalidad de cobertura claims made)



PÓLIZA No. 12/0050714	ANEXO No. 0	PAG. No. 2
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

Fecha De Antigüedad: 14 de marzo de 2019

Condiciones Económicas

Limite Asegurado	Deducible	Prima Antes de Iva
Cop \$3.000.000.000	Gastos de Defensa 10% mínimo COP\$4,000,000 de todos y cada uno de los reclamos Daños 10% mínimo COP \$30.000.000 de todos y cada uno de los reclamos	COP \$498.000.000

Cobertura Básica

Cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la póliza	Sublimite
Cobertura para cirugias reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

Exclusiones Adicionales

El asegurador 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:

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0050714	0	3
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

Actos médicos respecto de cirugias bariátricas.

Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.

Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

Exclusión de Conducta Sexual

EL ASEGURADOR 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: CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación.

RECLAMOS PRESENTADOS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MÉDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.

EXCLUSIÓN DE CIRUGIAS Y/O PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS O ESTÉTICOS

EL ASEGURADOR 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 ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS Y/O PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS O ESTÉTICOS.

EXCLUSION DE SITUACIONES ESPECIFICAS: POR CUALQUIER DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES A CARGO DEL ASEGURADO, PROVENIENTES DE UNA RECLAMACIÓN DERIVADA RESPECTO DE LA SINIETRALIDAD REPORTADOS POR EL ASEGURADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO ENVIADO A CHUBB SEGUROS Y QUE SIRVIO DE BASE PARA ESTA NOTA DE COBERTURA.

Condiciones Adicionales

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997

Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza

Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: SEPTIEMBRE 30 DE 2006 (sujeto a confirmación de fecha exacta de la póliza donde conste que de manera ininterrumpida se ha tenido contratada la póliza y en modalidad de cobertura claims made)

Fecha de Reconocimiento de antigüedad: 14 de marzo de 2019

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0050714	0	4
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses.

Las siguientes Ips tendrán cobertura por actos médicos erróneos en la prestación de sus servicios profesionales cometidos antes de la siguiente fechas:

Clínica amiga - Calle 18 70 – 75: 01 de octubre de 2020.

IPS COMFANDI PASOANCHO - Calle 13 No.78- 06: 30 de noviembre de 2020.

IPS COMFANDI CANDELARIA - Calle 10 No. 7-56: 01 de junio de 2018

IPS COMFANDI PLANES - Calle 5B No. 39-38: 22 de abril de 2019y Reclamados durante la vigencia de esa póliza.

Ningún acto médicos erróneo ocurrido después de dichas fechas estará cubierto.”

Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio y siempre y cuando no se asemeje al dolo.

Se cubren cauciones judiciales de conformidad con al definicion de Gastos Legales del clausulado general de la poliza.

Personal Médico Auxiliar: Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, de conformidad con la defincion de ASEGURADO del clausulado general y demas terminos y condiciones.

Aparatos y Equipos: La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica, de conformidad con la Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.

Suministro de Bebidas, Alimentos y Materiales: La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general, de conformidad con la Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.

Estudiantes de Pre y Post Grado: La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no, de conformidad con la Extensión para practicantes y aprendices siempre y cuando se encuentren bajo supervisión de un médico titulado, de conformidad con las condiciones generales de la póliza . Esta cobertura opera en exceso de la poliza de Responsabilidad civil profesional medica que tenga la universidad a la cual este matriculado el estudiante en practica y/o aprendiz.

EXCLUSIONES ADICIONALES

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0050714	0	5
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCESOS INVASIVOS REALIZADOS A LOS PACIENTES POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES Y/O PROFESIONALES QUE NO SE ENCUENTREN ACREDITADOS Y DEBIDAMENTE HABILITADOS PARA REALIZAR DICHAS INTERVENCIONES.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS SIN LA DEBIDA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL AUTORIZADO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD QUIENES SERÁN LOS RESPONSABLES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 190 DE 1996 Y DEMÁS NORMAS COMPLEMENTARIAS.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO DE ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS EN INSTITUCIONES DONDE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO NO TENGA ACTUALMENTE EL CONVENIO.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO DE ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS POR ESTUDIANTES QUE NO SE ENCUENTREN MATRICULADOS EN LA UNIVERSIDAD CON LA CUAL TIENE EL CONVENIO LA CLINICA.

Esta póliza NO se extiende a amparar estas personas individualmente. Los Médicos deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

La presente poliza cubre la Responsabilidad Civil Profesional Médica directa e indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos profesionales médicos (médicos y cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado. De acuerdo a lo definido en los numerales 1 y 2 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL de conformidad con las definiciones de Asegurado, Acto Médico, Acto Médico Erróneo del clausulado general y demas terminos y condiciones de la poliza.

Revocación de la póliza a 90 días.

Aviso de siniestro 30 días.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe de conformidad con lo establecido en el código de comercio artículos 1092 y siguientes

GASTOS CUBIERTOS: LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes, y de conformidad con las costas de acuerdo a la definicion de Gastos legales del clausulado general y demas terminos y condiciones de la poliza:

- o Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- o Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- o Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización

Anexo de Cobertura de Visitas a domicilio:

Mediante la contratación de este Anexo y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la Póliza, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las Reclamaciones a consecuencia de la prestación de Servicios Profesionales realizados por el Asegurado en el domicilio del paciente.

Se cubren los Actos Médicos Erróneos y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los Servicios Profesionales.

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0050714	0	6
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

La presente póliza será válida solamente en los casos en los que los Daños Corporales hayan sido causados por el Asegurado y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente Póliza mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando Servicios Profesionales al paciente.

Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.31.

Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.

El Anexo de Cobertura de Visitas a domicilio de la presente póliza se extiende a amparar la responsabilidad civil profesional que legalmente le sea imputada al asegurado con ocasión del servicio suministrado de cuidado en domicilio única y exclusivamente de pacientes del asegurado de acuerdo con las siguientes ubicaciones:

Cuidado en Casa en Cali desde la Clínica Tequendama.

Ecopetrol K43A 5A-40 Cali

Jhonson_ & Jhonson Calle 15 #31-46 Cali

Coca-Cola 98 #16-95 Cali

Se deja constancia que para efectos de la presente cobertura se amparan única y exclusivamente el personal al servicio del asegurado.

Cláusula Compromisoria o De Arbitramento

Toda controversia o diferencia relativa a esta póliza, se resolverá por Arbitraje.

Para los efectos de la presente cláusula se entiende por Arbitraje un procedimiento arbitral delante de un tribunal de arbitramento que se constituirá y sujetará a lo dispuesto en el decreto 2279 de 1989, la ley 23 de 1991, decreto 2561 de 1991, el decreto 1818 de 1998 y demás normas que las modifiquen o adicionen. El tribunal estará integrado por tres árbitros, elegidos uno por el Asegurado, otro por la compañía y el tercero de común acuerdo entre los dos árbitros anteriores. La organización interna del tribunal se sujetará a las reglas previstas para el efecto. El tribunal decidirá en derecho y funcionará en Bogotá.

Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.

Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGO41.

Participacion CHUBB: 100% de la anterior Suma Asegurada y prima

Términos de Pago de Prima: Cláusula de pago de prima 45 días calendario.

Nota:

CHUBB SEGUROS es una subsidiaria de una casa matriz de EE.UU. y CHUBB Limited, una empresa que cotiza en la Bolsa de Nueva York. Por consiguiente, CHUBB SEGUROS está sujeta a ciertas leyes y regulaciones de Estados Unidos [además de las restricciones de sanciones de la Unión Europea, las Naciones Unidas y nacionales] que pueden prohibirle la prestación de cobertura o el pago de reclamaciones a determinadas personas entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Contacto

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Nit. 860.026.518-6

Carrera 7 No. 71-21, Torre B Piso 7

A.A. 29782

571 326-6200 Tels



PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0050714	0	7
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

Bogotá D.C., Colombia



ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I

14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCH UBBSEGo41

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO.

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** 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 RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL **ASEGURADO**, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** 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:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

- I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA
- II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES**.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECÍFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. 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.

II. 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.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE .

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR 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 DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, 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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.34. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.35. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO, DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

- A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.
- B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.
- C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,
- D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.37 CONDUCTA SEXUAL

EL **ASEGURADOR** 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: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del **Asegurador** en relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños, Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales**, sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovisto de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Periodo Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Periodo Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

- I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que e la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la

Reclamación, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** 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 **Asegurado** y **Asegurador** no logren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** 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**.

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como “no renovación” y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier **Reclamación** **presentada** durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este período serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último **Periodo Contractual**, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida

en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los con tratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;
- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente. Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el

Asegurado deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Quando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada(o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente

contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. GARANTIAS

El **Asegurado** está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El **Asegurado** garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el **Asegurado**:

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan 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 en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos 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. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su 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.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas 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 del paciente, excepto 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 que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de 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 propios para tal fin, 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 lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)
- e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:
 - Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
 - Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
 - Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando 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 por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta póliza de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a,

humos, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

- a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.
- b. Daños punitivos y ejemplarizantes.
- c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,
- d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red

- b. Uso no autorizado de una red informática
- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la de claración de que el mismo es responsable, de un Daño **como** resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico

Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.

PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164

Fax: (571) 6108164

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com

Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica



Es muy sencillo...

OPCIÓN 1

A través de nuestro portal www.chubb.com.co



OPCIÓN 2

A través de nuestra plataforma **iChubb**



Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3

A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax:(57)(1)6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Póliza Ant.:

Ramo				Operación				Póliza		Anexo		Referencia			
12 RESPONSABILIDAD				02 Renovacion				55693		0		120055693000000			
Sucursal				Vigencia del Seguro				Año Mes Día Hora				Fecha de Emisión			
05 CALI				Desde 2022 06 16 00				Hasta 2023 06 15 24				2022 06 21			
Tomador		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE										C.C. O NIT		8903032085	
Dirección		CR 23 26B 46										Ciudad		CALI	
Asegurado		VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES										C.C. O NIT		30	
Dirección		.										Ciudad		.	
Beneficiario		TERCEROS AFECTADOS										C.C. O NIT		11111	
Dirección		1 22										Ciudad		-	
Intermediario															
45110 WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA															

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

RENUOVA POLIZA NRO. 0050714

SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER.

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax: (57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirientes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co/opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Valor Prima Gravada	587.000.000,00	\$COP
Valor Prima No Gravada	0,00	\$COP
Valor I.V.A.	111.530.000,00	\$COP
Total Prima	587.000.000,00	\$COP
Gastos de Expedición	0,00	\$COP
I.V.A. Gastos Expedición	0,00	\$COP
Total otros Pagos	0,00	\$COP
Total a Pagar	698.530.000,00	\$COP

[Firma]

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0055693	0	1
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

CONDICIONES PARTICULARES Elite - Médica

Tomador:
Asegurado:

Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca - Comfandi Y/O Comfaunion
Y/O Como Sus Intereses Aparezcan, por los Servicio Profesionales prestados en las siguientes IPS:

IPS ESPECIALISAS TEQUENDAMA Calle 5ª # 42-15
IPS COMFANDI BUGA - Carrera 17 No. 5-18
CLINICA COMFANDI CARTAGO - Calle 23 No. 4AN-35
IPS COMFANDI ALAMEDA - Calle 5 No. 23B-03
IPS COMFANDI EL PRADO - Carrera 23 No. 26B-46
IP SCOMFANDI MORICHAL - Calle 54 No. 45-25
IPS COMFANDI TORRES - Cra 1 No. 56-90
IPS COMFANDI YUMBO - Calle 15 No. 6-46
IPS ODONTOLOGICA SANTA ROSA - Calle 8 No. 8-13
IPS COMFANDI CARTAGO - Carrera 4 No. 9-45
IPS COMFANDI TULUA - Carrera 18 No.25-60
IPS COMFANDI PALMIRA - Calle 32 No. 21-74
LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO COMFANDI Cll 5ª # 42 A - 11
SIA PASOANCHO cll 13 No. 80-60 local 221 a 228
SIA CENRO COMERCIAL CALIMA Clle 70 Cra 1 CC Calima Loc 233
IPS COMFANDI SAN NICOLAS CALLE 21 # 7 15

Vigencia: Desde Junio 16 de 2022 a las 00:00 hasta Junio 15 de 2023 a las 24:00.
Interes: Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitacion Territorial: Colombia
Jurisdicción: Colombia
Modalidad de Cobertura: Claims Made
Retroactividad: SEPTIEMBRE 30 DE 2006 (sujeto a confirmacion de fecha exacta de la poliza donde conste que de manera ininterrumpida se ha tenido contratada la poliza y en modalidad de cobertura claims made)
Fecha De Antigüedad: 14 de marzo de 2019

Condiciones Económicas

Limite de Responsabilidad	Deducible por Reclamo	Prima Anual Antes de Iva
Cop \$3.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual	10% mínimo COP \$50.000.000 por reclamo	COP \$587.000.000

Cobertura Básica

Cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas
POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD, LOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES A CARGO DEL ASEGURADO, PROVENIENTES DE UNA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL ASEGURADO DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA

CONTRATADO), POR CAUSA DE UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO LOS ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS QUE ORIGINEN UNA RECLAMACIÓN DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL PERIODO CONTRACTUAL.

Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugias reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

Exclusiones Adicionales

El asegurador 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:

ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS.

QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.

EXCLUSIÓN OFAC: ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

RECLAMOS PRESENTADOS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.

SE MODIFICA LA EXCLUSIÓN 3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS Y EN SU LUGAR SE REEMPLAZA POR LA SIGUIENTE:

EL ASEGURADOR 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:

3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0055693	0	3
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS
LOS DEMÁS TÉRMINOS, CONDICIONES, LÍMITES DE RESPONSABILIDAD Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA
NO MODIFICADOS POR ESTE ENDOSO PERMANECEN IGUALES.

EXCLUSION DE SITUACIONES ESPECIFICAS:

EL ASEGURADOR 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: LA SINIETRALIDAD REPORTADOS POR EL ASEGURADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO ENVIADO A CHUBB SEGUROS Y QUE SIRVIO DE BASE PARA LA COTIZACION DE LA VIGENCIA 2019-2020.

Condiciones Adicionales

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997

Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza

Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: SEPTIEMBRE 30 DE 2006 (sujeto a confirmacion de fecha exacta de la poliza donde conste que de manera ininterrumpida se ha tenido contratada la poliza y en modalidad de cobertura claims made)

Fecha de Reconocimiento de antigüedad: 14 de marzo de 2019

PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES de acuerdo a lo estipulado en la condicion 8 del Clausulado General: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses

Las siguientes Ips tendrán cobertura por actos médicos erróneos en la prestación de sus servicios profesionales cometidos antes de la siguiente fechas:

- CLÍNICA AMIGA - Calle 18 70 – 75: 01 de octubre de 2020,
- IPS COMFANDI PASOANCHO - Calle 13 No.78- 06: 30 de noviembre de 2020.,
- IPS COMFANDI CANDELARIA - Calle 10 No. 7-56: 01 de junio de 2018,
- IPS COMFANDI PLANES - Calle 5B No. 39-38: 22 de abril de 2019

y Reclamados durante la vigencia de esa póliza. Ningún acto médico erróneo ocurrido después de dichas fechas estará cubierto.

Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio y siempre y cuando no se asemeje al dolo.

Se cubren cauciones judiciales de conformidad con al definicion de Gastos Legales del clausulado general de la poliza.

Personal Médico Auxiliar: Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, de conformidad con la defincion de ASEGURADO del clausulado general y demas terminos y condiciones.

Suministro de Bebidas, Alimentos y Materiales: La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos,

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0055693	0	4
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general, de conformidad con la Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.

Estudiantes de Pre y Post Grado: La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no, de conformidad con la Extensión para practicantes y aprendices siempre y cuando se encuentren bajo supervisión de un médico titulado, de conformidad con las condiciones generales de la póliza. Esta cobertura opera en exceso de la póliza de Responsabilidad civil profesional medica que tenga la universidad a la cual este matriculado el estudiante en practica y/o aprendiz.

EXCLUSIONES ADICIONALES

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCESOS INVASIVOS REALIZADOS A LOS PACIENTES POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES Y/O PROFESIONALES QUE NO SE ENCUENTREN ACREDITADOS Y DEBIDAMENTE HABILITADOS PARA REALIZAR DICHAS INTERVENCIONES.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS SIN LA DEBIDA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL AUTORIZADO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD QUIENES SERÁN LOS RESPONSABLES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 190 DE 1996 Y DEMÁS NORMAS COMPLEMENTARIAS.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO DE ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS EN INSTITUCIONES DONDE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO NO TENGA ACTUALMENTE EL CONVENIO.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO DE ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS POR ESTUDIANTES QUE NO SE ENCUENTREN MATRICULADOS EN LA UNIVERSIDAD CON LA CUAL TIENE EL CONVENIO LA CLINICA.

Esta póliza NO se extiende a amparar estas personas individualmente. Los Médicos deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

La presente poliza cubre la Responsabilidad Civil Profesional Médica directa e indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos profesionales médicos (médicos y cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado. De acuerdo a lo definido en los numerales 1 y 2 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL de conformidad con las definiciones de Asegurado, Acto Médico, Acto Médico Erróneo del clausulado general y demas terminos y condiciones de la poliza.

Revocación de la póliza a 90 días.

Aviso de siniestro 30 días.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe de conformidad con lo establecido en el código de comercio artículos 1092 y siguientes

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0055693	0	5
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

GASTOS CUBIERTOS: LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes, y de conformidad con las costas de acuerdo a la definición de Gastos legales del clausulado general y demás terminos y condiciones de la póliza:

- o Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- o Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- o Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización

Anexo de Cobertura de Visitas a domicilio:

Mediante la contratación de este Anexo y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la Póliza, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las Reclamaciones a consecuencia de la prestación de Servicios Profesionales realizados por el Asegurado en el domicilio del paciente.

Se cubren los Actos Médicos Erróneos y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los Servicios Profesionales.

La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los Daños Corporales hayan sido causados por el Asegurado y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente Póliza mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando Servicios Profesionales al paciente.

Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.31.

Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.

El Anexo de Cobertura de Visitas a domicilio de la presente póliza se extiende a amparar la responsabilidad civil profesional que legalmente le sea imputada al asegurado con ocasión del servicio suministrado de cuidado en domicilio única y exclusivamente de pacientes del asegurado de acuerdo con las siguientes ubicaciones:

Cuidado en Casa en Cali desde la Clínica Tequendama.

Ecopetrol K43A 5A-40 Cali

Jhonson & Jhonson Calle 15 #31-46 Cali

Coca-Cola 98 #16-95 Cali

Se deja constancia que para efectos de la presente cobertura se amparan única y exclusivamente el personal al servicio del asegurado.

Cláusula Compromisoria o De Arbitramento

Toda controversia o diferencia relativa a esta póliza, se resolverá por Arbitraje.

Para los efectos de la presente cláusula se entiende por Arbitraje un procedimiento arbitral delante de un tribunal de arbitramento que se constituirá y sujetará a lo dispuesto en el decreto 2279 de 1989, la ley 23 de 1991, decreto 2561 de 1991, el decreto 1818 de 1998 y demás normas que las modifiquen o adicionen. El tribunal estará integrado por tres árbitros, elegidos uno por el Asegurado, otro por la compañía y el tercero de común acuerdo entre los dos árbitros anteriores. La organización interna del tribunal se sujetará a las reglas previstas para el efecto. El tribunal decidirá en derecho y funcionará en Bogotá.

Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.



PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0055693	0	6
Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi		

Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGO41.

Participacion CHUBB: 100% de la anterior Suma Asegurada y prima
Términos de Pago de Prima: Cláusula de pago de prima 30 días calendario.

Nota 1:

CHUBB SEGUROS es una subsidiaria de una casa matriz de EE.UU. y CHUBB Limited, una empresa que cotiza en la Bolsa de Nueva York. Por consiguiente, CHUBB SEGUROS está sujeta a ciertas leyes y regulaciones de Estados Unidos [además de las restricciones de sanciones de la Unión Europea, las Naciones Unidas y nacionales] que pueden prohibirle la prestación de cobertura o el pago de reclamaciones a determinadas personas entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Contacto

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Nit. 860.026.518-6

Carrera 7 No. 71-21, Torre B Piso 7

A.A. 29782

571 326-6200 Tels

Bogotá D.C., Colombia



ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I

14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCH UBBSEGo41

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO.

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** 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 RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL **ASEGURADO**, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** 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:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

- I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA
- II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES**.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECÍFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. 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.

II. 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.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE .

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR 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 DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, 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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.34. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.35. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO, DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

- A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.
- B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.
- C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,
- D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.37 CONDUCTA SEXUAL

EL **ASEGURADOR** 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: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del **Asegurador** en relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños, Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales**, sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovisto de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Periodo Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Periodo Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

- I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que e la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la

Reclamación, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** 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 **Asegurado** y **Asegurador** no logren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** 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**.

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como “no renovación” y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier **Reclamación** **presentada** durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este período serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último **Periodo Contractual**, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida

en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los con tratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;
- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente. Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el

Asegurado deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada(o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente

contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. GARANTIAS

El **Asegurado** está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El **Asegurado** garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el **Asegurado**:

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan 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 en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos 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. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su 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.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas 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 del paciente, excepto 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 que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de 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 propios para tal fin, 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 lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)
- e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:
 - Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
 - Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
 - Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando 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 por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta póliza de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a,

humos, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

- a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.
- b. Daños punitivos y ejemplarizantes.
- c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,
- d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red

- b. Uso no autorizado de una red informática
- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la de claración de que el mismo es responsable, de un Daño **como** resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico

Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.

PBX: (+57) 601 6108161 / (+57) 601 6108164

Fax: (+57) 601 6108164

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com

Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

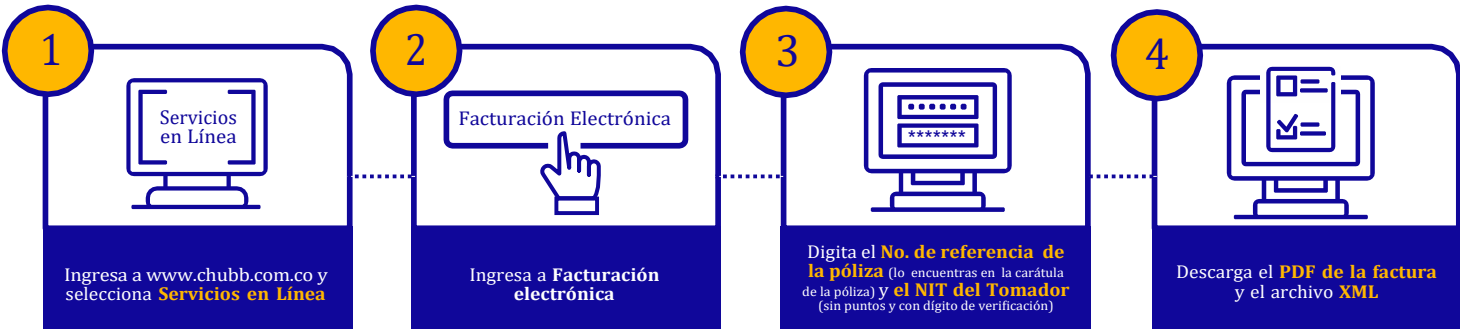
Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica



Es muy sencillo...

OPCIÓN 1

A través de nuestro portal **www.chubb.com.co**



OPCIÓN 2

A través de nuestra plataforma **iChubb**



Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3

A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (+57) 601 6108161 Fax: (+57) 601 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Póliza Ant.:

Ramo		Operación				Póliza		Anexo		Referencia				
12	RESPONSABILIDAD	22	Aum con mov p			55693		1		12005569300001				
Sucursal		Vigencia del Seguro								Fecha de Emisión				
05	CALI	Desde	Año	Mes	Día	Hora	Hasta	Año	Mes	Día	Hora	Año	Mes	Día
			2023	06	16	00		2023	08	14	24	2023	05	30
Tomador	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE									C.C. O NIT	8903032085			
Dirección	CR 23 26B 46									Ciudad	CALI			
Asegurado	VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES									C.C. O NIT	30			
Dirección	.									Ciudad	.			
Beneficiario	TERCEROS AFECTADOS									C.C. O NIT	11111			
Dirección	NA									Ciudad	-			
Intermediario														
45110	WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA				15,00									

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE OTORGA PRORROGA A PARTIR DEL 16 DE JUNIO DE 2023 A LAS 00:00 HORAS HASTA 14 DE AGOSTO DE 2023 A LAS 24:00 HORAS DE ACUERDO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA VIGENCIA QUE TERMINA, EXCEPTO LA PRIMA QUE SE INCREMENTA E

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax: (57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirientes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co/opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Valor Prima Gravada	104.212.603,00	\$COP
Valor Prima No Gravada	0,00	\$COP
Valor I.V.A.	19.800.395,00	\$COP
Total Prima	104.212.603,00	\$COP
Gastos de Expedición	0,00	\$COP
I.V.A. Gastos Expedición	0,00	\$COP
Total otros Pagos	0,00	\$COP
Total a Pagar	124.012.998,00	\$COP

[Firma]

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

AGENTE

PÓLIZA No. 12/ 55693	ANEXO No. 0001 0	PAG. No. 1
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE		

ANEXO

Por medio del presente endoso se otorga prórroga a partir del **16 de Junio de 2023 a las 00:00 horas hasta 14 de Agosto de 2023 a las 24:00** horas de acuerdo a los términos y condiciones de la vigencia que termina, excepto la prima que se incrementa en un 8% para el periodo de prórroga.

El presente endoso se encuentra sujeto a los siguientes puntos:

- Confirmación escrita por parte del Asegurado de No conocimiento de hechos o circunstancias que puedan afectar la cobertura de la póliza, diferentes a los notificados a Chubb.
- No incremento del límite agregado anual de responsabilidad.
- Prima antes de IVA \$104.212.603 + Gastos de emisión \$12.000

Los demás términos no se modifican

Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica



Es muy sencillo...

OPCIÓN 1

A través de nuestro portal www.chubb.com.co



OPCIÓN 2

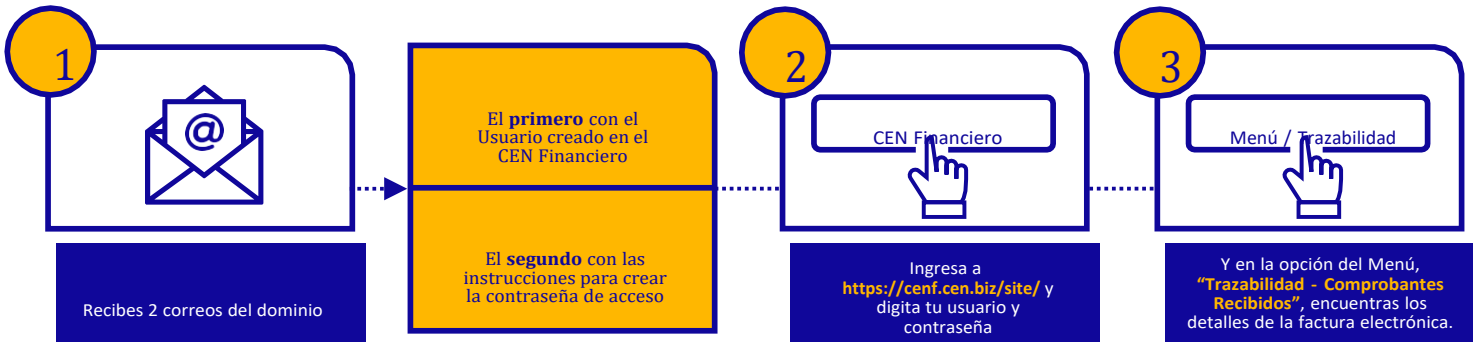
A través de nuestra plataforma **iChubb**



Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3

A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.™

Póliza Ant.:

Ramo		Operación				Póliza		Anexo		Referencia				
12	RESPONSABILIDAD	22	Aum con mov p			55693		2		12005569300002				
Sucursal		Vigencia del Seguro				Año Mes Día Hora				Fecha de Emisión				
05	CALI	Desde	2023	08	15	00	Hasta	2023	09	01	24	2023	07	26
Tomador	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE									C.C. O NIT	8903032085			
Dirección	CR 23 26B 46									Ciudad	CALI			
Asegurado	VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES									C.C. O NIT	30			
Dirección	.									Ciudad	.			
Beneficiario	TERCEROS AFECTADOS									C.C. O NIT	1111			
Dirección	NA									Ciudad	-			
Intermediario														
45110	WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA				15,00									

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA VIGENCIA A PARTIR DEL 15 DE AGOSTO DE 2023 A LAS 00:00 HORAS HASTA EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023 A LAS 24:00 HORAS DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA VIGENCIA QUE TERMINA

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax: (57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirientes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co/opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Valor Prima Gravada	31.263.781,00	\$COP
Valor Prima No Gravada	0,00	\$COP
Valor I.V.A.	5.940.118,00	\$COP
Total Prima	31.263.781,00	\$COP
Gastos de Expedición	12.000,00	\$COP
I.V.A. Gastos Expedición	2.280,00	\$COP
Total otros Pagos	14.280,00	\$COP
Total a Pagar	37.218.179,00	\$COP

[Firma]

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

AGENTE

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PRORROGA VIGENCIA A PARTIR DEL **15 DE AGOSTO DE 2023 A LAS 00:00 HORAS HASTA EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2023 A LAS 24:00 HORAS** DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA VIGENCIA QUE TERMINA,

El presente endoso se encuentra sujeto a los siguientes puntos:

- Confirmación escrita por parte del Asegurado de No conocimiento de hechos o circunstancias que puedan afectar la cobertura de la póliza, diferentes a los notificados a Chubb.
- No incremento del límite agregado anual de responsabilidad.

Los demás términos no se modifican

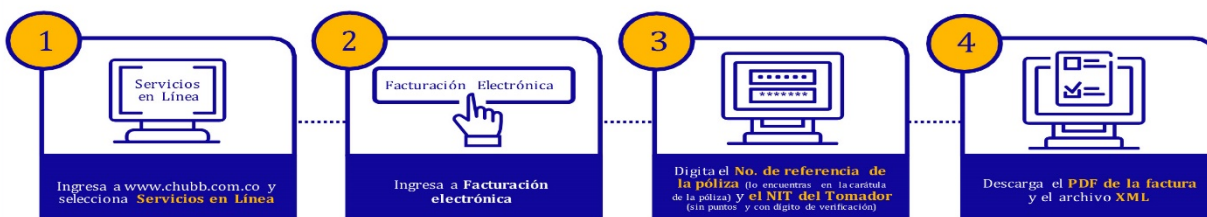
CHUBB®

Para tu facilidad y
conveniencia tienes las
siguientes alternativas
para descargar tu
factura electrónica



Es muy sencillo...

OPCIÓN 1

A través de nuestro portal **www.chubb.com.co**

OPCIÓN 2

A través de nuestra plataforma **iChubb**

Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3

A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.

Para más información comunícate con tu Director Comercial.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Consumidor: Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity, Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.™

Póliza Ant.:

Ramo				Operación				Póliza		Anexo		Referencia																	
12		RESPONSABILIDAD		02		Renovacion		62477		0		12006247700000																	
Sucursal				Vigencia del Seguro								Fecha de Emisión																	
Año		Mes		Día		Hora		Año		Mes		Día		Hora		Año		Mes		Día									
05		CALI		Desde		2023		09		02		00		Hasta		2024		06		01		24		2023		09		05	
Tomador		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE														C.C. O NIT		8903032085											
Dirección		CR 23 26B 46														Ciudad		CALI											
Asegurado		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE														C.C. O NIT		8903032085											
Dirección		CR 23 26B 46														Ciudad		CALI											
Beneficiario		TERCEROS AFECTADOS														C.C. O NIT		11111											
Dirección		NA														Ciudad		-											
Intermediario																													
45110		WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA										15,00																	

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

RENUOVA POLIZA NRO. 0055693	
SE RENUOVA LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER.	

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax: (57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>
La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirientes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Valor Prima Gravada	499.580.822,00	\$COP
Valor Prima No Gravada	0,00	\$COP
Valor I.V.A.	94.920.356,00	\$COP
Total Prima	499.580.822,00	\$COP
Gastos de Expedicion	12.000,00	\$COP
I.V.A. Gastos Expedicion	2.280,00	\$COP
Total otros Pagos	14.280,00	\$COP
Total a Pagar	594.515.458,00	\$COP

[Firma]

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

AGENTE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO



PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0062477		
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI		



Fecha: Septiembre 01 de 2023

Tomador: Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca – Comfandi

Asegurado: Caja De Compensacion Familiar Del Valle Del Cauca - Comfandi y/o Comfaunion y/o Como Sus Intereses Aparezcan, por los **Servicio Profesionales** prestados en las siguientes IPS:

- IPS COMFANDI ALAMEDA - Calle 5 No. 23B-03
- IPS COMFANDI EL PRADO - Carrera 23 No. 26B-46
- IP SCOMFANDI MORICHAL - Calle 54 No. 45-25
- IPS COMFANDI SAN NICOLAS
- IPS COMFANDI TORRES - Cra 1 No. 56-90
- IPS ESPECIALISAS TEQUENDAMA Calle 5ª # 42-15
- LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO COMFANDI Cll 5ª # 42 A - 11
- SIA CENRO COMERCIAL CALIMA Clle 70 Cra 1 CC Calima Loc 233
- SIA PASOANCHO cll 13 No. 80-60 local 221 a 228
- CLINICA COMFANDI CARTAGO - Calle 23 No. 4AN-35
- IPS COMFANDI BUGA - Carrera 17 No. 5-18

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12		
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI		

- IPS COMFANDI CARTAGO - Carrera 4 No. 9-45
- IPS COMFAMDI PALMIRA - Calle 32 No. 21-74
- IPS COMFANDI TULUA - Carrera 18 No.25-60
- IPS COMFANDI YUMBO - Calle 15 No. 6-46

Vigencia: Septiembre 02 2023 a las 00:00 horas – Junio 01 de 2024 a las 24:00 horas

Interes: Responsabilidad Civil Profesional Médica.

Delimitacion Territorial: Colombia

Jurisdicción: Colombia

Modalidad de Cobertura: Claims Made

Retroactividad: SEPTIEMBRE 30 DE 2006 (sujeto a confirmacion de fecha exacta de la poliza donde conste que de manera ininterrumpida se ha tenido contratada la poliza y en modalidad de cobertura claims made)

Fecha De Antigüedad: 14 de marzo de 2019

Condiciones Económicas

Limite de Responsabilidad	Deducible por Reclamo	Prima vigencia Antes de Iva
Cop \$3.000.000.000 por reclamo y en el agregado para la vigencia	10% mínimo COP \$50.000.000 por reclamo	\$499.580.822 + Gastos de emision \$12.000

Prima Anual antes de IVA \$665.500.000

Cobertura Básica

➤ Cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL ASEGURADO DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugias reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%

Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

Exclusiones Adicionales

El asegurador 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:

- ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS.
- QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- EXCLUSIÓN OFAC: ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.
- RECLAMOS PRESENTADOS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.
- SE MODIFICA LA EXCLUSIÓN 3.27. **CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS** Y EN SU LUGAR SE REEMPLAZA POR LA SIGUIENTE:

EL ASEGURADOR 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:

3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

LOS DEMÁS TÉRMINOS, CONDICIONES, LÍMITES DE RESPONSABILIDAD Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA NO MODIFICADOS POR ESTE ENDOSO PERMANECEN IGUALES.

- EXCLUSION DE SITUACIONES ESPECIFICAS:

EL **ASEGURADOR** 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: LA SINIETRALIDAD REPORTADOS POR EL ASEGURADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO ENVIADO A CHUBB SEGUROS Y QUE SIRVIO DE BASE PARA LA COTIZACION DE LA VIGENCIA 2019-2020.

Condiciones Adicionales

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
- Fecha de retroactividad: Los **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: SEPTIEMBRE 30 DE 2006 (sujeto a confirmacion de fecha exacta de la poliza donde conste que de manera ininterrumpida se ha tenido contratada la poliza y en modalidad de cobertura claims made)
- Fecha de **Reconocimiento de antigüedad**: 14 de marzo de 2019
- **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES** de acuerdo a lo estipulado en la condicion 8 del Clausulado General: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses
- Las siguientes Ips tendrán cobertura por **actos médicos erróneos** en la prestación de sus **servicios profesionales** cometidos antes de la siguiente fechas:
 - CLÍNICA AMIGA - Calle 18 70 – 75: 01 de octubre de 2020,
 - IPS COMFANDI PASOANCHO - Calle 13 No.78- 06: 30 de noviembre de 2020.,
 - IPS COMFANDI CANDELARIA - Calle 10 No. 7-56: 01 de junio de 2018,
 - IPS COMFANDI PLANES - Calle 5B No. 39-38: 22 de abril de 2019

y **Reclamados** durante la vigencia de esa póliza. Ningún acto médico erróneo ocurrido después de dichas fechas estará cubierto.

- Por medio del presente endoso se incluye la siguiente condición a la póliza
Cobertura culpa grave
Se cubre la culpa grave únicamente en los casos en que ésta no se asemeje al dolo de conformidad con la ley colombiana.
Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.
- Se cubren cauciones judiciales de conformidad con al definicion de Gastos Legales del clausulado general de la poliza.
- Personal Médico Auxiliar: Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial,

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12		
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI		

en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, de conformidad con la definición de ASEGURADO del clausulado general y demás términos y condiciones.

- **Suministro de Bebidas, Alimentos y Materiales:** La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delegado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general, de conformidad con la Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.
- **Estudiantes de Pre y Post Grado:** La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no, de conformidad con la Extensión para practicantes y aprendices siempre y cuando se encuentren bajo supervisión de un médico titulado, de conformidad con las condiciones generales de la póliza. Esta cobertura opera en exceso de la póliza de Responsabilidad civil profesional médica que tenga la universidad a la cual este matriculado el estudiante en práctica y/o aprendizaje.

EXCLUSIONES ADICIONALES

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCESOS INVASIVOS REALIZADOS A LOS PACIENTES POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES Y/O PROFESIONALES QUE NO SE ENCUENTREN ACREDITADOS Y DEBIDAMENTE HABILITADOS PARA REALIZAR DICHAS INTERVENCIONES.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS SIN LA DEBIDA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL AUTORIZADO DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD QUIENES SERÁN LOS RESPONSABLES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 190 DE 1996 Y DEMÁS NORMAS COMPLEMENTARIAS.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO DE ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS EN INSTITUCIONES DONDE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO NO TENGA ACTUALMENTE EL CONVENIO.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RESPECTO DE ACTIVIDADES MÉDICAS REALIZADAS POR ESTUDIANTES QUE NO SE ENCUENTREN MATRICULADOS EN LA UNIVERSIDAD CON LA CUAL TIENE EL CONVENIO LA CLÍNICA.

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12		
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI		

- Esta póliza NO se extiende a amparar estas personas individualmente. Los Médicos deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.
- La presente poliza cubre la Responsabilidad Civil Profesional Médica directa e indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos profesionales médicos (médicos y cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado. De acuerdo a lo definido en los numerales 1 y 2 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL de conformidad con las definiciones de Asegurado, Acto Médico, Acto Médico Erróneo del clausulado general y demas terminos y condiciones de la poliza.
- Revocación de la póliza a 90 días.
- Aviso de siniestro 30 días.
- En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe de conformidad con lo establecido en el código de comercio artículos 1092 y siguientes
- GASTOS CUBIERTOS: LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes, y de conformidad con las costas de acuerdo a la definicion de Gastos legales del clausulado general y demas terminos y condiciones de la poliza:
 - Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
 - Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
 - Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización
- Anexo de Cobertura de Visitas a domicilio:

Mediante la contratación de este Anexo y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la **Póliza**, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Profesionales** realizados por el **Asegurado** en el domicilio del paciente.

Se cubren los **Actos Médicos Erróneos** y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los **Servicios Profesionales**.

La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los **Daños Corporales** hayan sido causados por el **Asegurado** y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente **Póliza** mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando **Servicios Profesionales** al paciente.

Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.31.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

- El Anexo de Cobertura de Visitas a domicilio de la presente póliza se extiende a amparar la responsabilidad civil profesional que legalmente le sea imputada al asegurado con ocasión del servicio

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12		
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI		

suministrado de cuidado en domicilio única y exclusivamente de pacientes del asegurado de acuerdo con las siguientes ubicaciones:

Cuidado en Casa en Cali desde la Clínica Tequendama.

Ecopetrol K43A 5A-40 Cali

Jhonson_ & Jhonson Calle 15 #31-46 Cali

Coca-Cola 98 #16-95 Cali

Se deja constancia que para efectos de la presente cobertura se amparan única y exclusivamente el personal al servicio del asegurado.

➤ **Cláusula Compromisoria o De Arbitramento**

Toda controversia o diferencia relativa a esta póliza, se resolverá por **Arbitraje**.

Para los efectos de la presente cláusula se entiende por **Arbitraje** un procedimiento arbitral delante de un tribunal de arbitramento que se constituirá y sujetará a lo dispuesto en el decreto 2279 de 1989, la ley 23 de 1991, decreto 2561 de 1991, el decreto 1818 de 1998 y demás normas que las modifiquen o adicionen. El tribunal estará integrado por tres árbitros, elegidos uno por el **Asegurado**, otro por la compañía y el tercero de común acuerdo entre los dos árbitros anteriores. La organización interna del tribunal se sujetará a las reglas previstas para el efecto. El tribunal decidirá en derecho y funcionará en Bogotá.

➤ **Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.**

➤ **Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGo41.**

Participacion CHUBB:

100% de la anterior Suma Asegurada y prima

Términos de Pago de Prima:

Cláusula de pago de prima 60 días calendario en un solo pago.

Nota 1:

Chubb Seguros Colombia es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb Seguros Colombia está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las restricciones de sanciones nacionales, de la UE y de la ONU, que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.



PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12		
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI		

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Contacto

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Nit. 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21, Torre B Piso 7
A.A. 29782
571 326-6200 Tels
Bogotá D.C., Colombia



ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I

14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCH UBBSEGo41

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO.

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** 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 RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL **ASEGURADO**, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** 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:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

- I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA
- II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES**.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECÍFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. 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.

II. 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.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE .

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR 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 DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, 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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.34. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.35. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO, DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

- A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.
- B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.
- C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,
- D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.37 CONDUCTA SEXUAL

EL **ASEGURADOR** 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: **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del **Asegurador** en relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños, Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales**, sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovisto de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Periodo Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Periodo Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

- I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que e la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la

Reclamación, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** 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 **Asegurado** y **Asegurador** no logren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** 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**.

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como “no renovación” y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier **Reclamación** **presentada** durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este periodo serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último **Periodo Contractual**, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida

en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los con tratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;
- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente. Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el

Asegurado deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Quando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada(o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente

contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. GARANTIAS

El **Asegurado** está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El **Asegurado** garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el **Asegurado**:

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan 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 en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos 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. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su 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.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas 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 del paciente, excepto 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 que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de 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 propios para tal fin, 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 lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)
- e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:
 - Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
 - Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
 - Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando 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 por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta póliza de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a,

humos, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

- a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.
- b. Daños punitivos y ejemplarizantes.
- c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,
- d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red

- b. Uso no autorizado de una red informática
- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la de claración de que el mismo es responsable, de un Daño **como** resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico

Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.

PBX: (+57) 601 6108161 / (+57) 601 6108164

Fax: (+57) 601 6108164

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com

Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica



Es muy sencillo...

OPCIÓN 1

A través de nuestro portal **www.chubb.com.co**



OPCIÓN 2

A través de nuestra plataforma **iChubb**



Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3

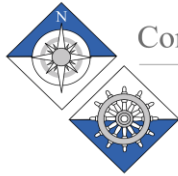
A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (+57) 601 6108161 Fax: (+57) 601 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.



Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

Señora Juez:

Dra. Carmen Cecilia Lopez García

JUZGADO PRIMERO (1) CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

E S D

REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

DEMANDANTE CALOS DARIO GOMEZ CEBALLOS Y OTROS

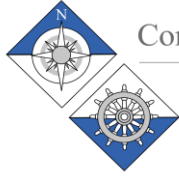
DEMANDADO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI Y OTROS

RADICACIÓN 765203103001-2024-00054-00

CONTESTACION DE LA DEMANDA

CONTESTACION DEMANDA

HAROLD ARISTIZABAL MARIN mayor de edad, vecino de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 41.291 del Ministerio de Justicia, actuando conforme al poder otorgado por el representante legal de CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI **COMFANDI** Entidad jurídica que ha sido demandada dentro del proceso de la referencia por **CARLOS DARIO GOMEZ y O.** Mediante el presente escrito contesto dicha Acción. Siguiendo el orden propuesto por la Demanda, procedo a contestar de la siguiente forma:



RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

1. La señora ROSA EMILDA GÓMEZ CEBALLOS, falleció el día 02 de julio del 2022, de acuerdo a lo manifestado en el registro civil de defunción bajo indicativo serial N° 09465115. Al momento de su fallecimiento ella tenía 67 años de edad.

R/AL #1: Es correcto de acuerdo con la documentación acreditada con la demanda.

2. La difunta hacia parte del régimen contributivo en la calidad de beneficiaria del SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS.

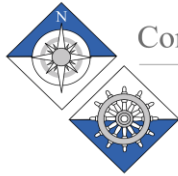
R/AL #2: Es correcto de acuerdo con la documentación acreditada con la demanda.

3. El día 30 de junio del 2022, siendo las 08:20 a.m. la señora ROSA EMILDA es intervenida para colecistectomía en la IPS Comfandi Palmira, por programación médica por posible inflamación de la vesícula.

R/AL #3: Es cierto que la paciente Rosa Emilda Gomez Ceballos (Q.E.P.D.) fue intervenida mediante cirugía programada el 30 de junio de 2022, por antecedente de episodios de dolor tipo cólico en hemiabdomen superior, con intolerancia alimentaria y estudio de ecografía hepatobiliar que reportaba presencia de cálculos en vesícula biliar, estando indicada en consecuencia la colecistectomía, para lo cual la paciente suscribió con antelación sendos consentimientos informados (anestesiología y quirúrgico) luego de que le fueran explicados los riesgos, entender y aceptar.

4. Inicialmente el diagnóstico de la señora ROSA EMILDA CEBALLOS, al momento del egreso a la IPS Comfandi Palmira, fue el de cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis.

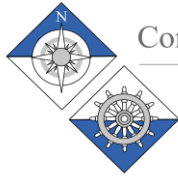
R/AL #4: Es cierto, el diagnostico prequirúrgico, postquirúrgico y al egreso fue de cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis.



5. En la nota quirúrgica del procedimiento que le realizaron a la señora Ceballos, el cual es mencionado en el hecho anterior, el médico tratante encuentra adherencias severas que llevaron a que el procedimiento mencionado no se realizara y se procediera en su momento a brindar egreso a la señora Rosa Emilda para que esta fuera valorada en nivel de mayor complejidad, sin embargo, se pudieron ver algunas incoherencias en las notas médicas, descritas de la siguiente manera:
- A. En la descripción quirúrgica indica que se inició la cirugía a las 8:20 a.m., la cual duró 0:55 y terminó a las 9:15, cuando en la nota operatoria se indica que se aplicó anestesia a las 11:05 a.m. por el galeno José Antonio Valencia.
- B. A las 12:46 de medio día, el mismo anesthesiólogo aplicó una dosis de 1 ampolleta de 2 mg de Remifentanilo, es cual es un analgésico para ser utilizado durante la inducción y/o mantenimiento de la anestesia general, y sólo hasta las 2:37 p.m. se le suministra diclofenaco, no hay una hora de término de la cirugía.
- C. Según lo anterior, la señora Rosa Emilda estuvo de 11:00 y pasada las 2 p.m., alrededor de 3 horas en cirugía, no 55 minutos como se indicó.

R/AL 5: Es cierto, la descripción quirúrgica de la colecistectomía laparoscópica¹ está indicando que inicialmente realizada la asepsia y antisepsia y colocados campos

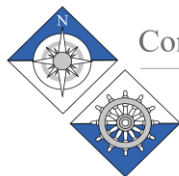
¹ En la colecistectomía laparoscópica se realizan pequeñas incisiones, menos dolor para el paciente, mejor aspecto estético, aumento de la visualización, recuperación del paciente más rápido, ingreso más rápido a la actividad laboral, disminuye los tiempos de hospitalización y menor riesgo de infección. Es de precisar, que la *colecistitis* es una patología que se procura resolver definitivamente mediante la intervención quirúrgica, puesto que en su evolución natural puede conducir a la migración de cálculos a los conductos biliares con obstrucción de los mismos, fenómenos inflamatorios, colecistitis aguda, colangitis, pancreatitis



operatorios, infiltración e incisión de puertos quirúrgicos procede a hacer la exploración vía laparoscópica observando **adherencias abdominales severas**² por lo cual el Cirujano General German Arango Botero decide como conducta terapéutica valida no proseguir en ese momento la cirugía y procede al cierre de heridas sin advertir ni sangrado ni complicación alguna. Y la paciente se pasa a recuperación habiendo transcurrido la misma sin ninguna novedad, luego de lo cual resulta valida el alta de la paciente ese mismo día. Para que posteriormente sea reprogramada con el concurso de la paciente en un mayor nivel de complejidad (III) que cuente necesariamente con UCI. Es de conocimiento médico que la Gold estándar o procedimiento de elección para el manejo de la vesícula biliar enferma es la colecistectomía por laparoscopia. Y los riesgos de lesión intestinal están siempre presentes en ambas técnicas, tanto la laparoscópica como la abierta (laparotomía) siendo equivalente el riesgo de lesión por lo que en todo caso el abordaje por vía abierta o laparotomía no está exenta de lesión intestinal, pero si está demostrado que los beneficios de la colecistectomía laparoscópica son inmensamente mayores, porque implican menos dolor, menos cicatrices, tiempo de hospitalización menor, menos cambios hemodinámicos en el paciente y por esta razón es que el procedimiento de elección recomendado siempre es esté no el de la técnica abierta. No existe ninguna incoherencia por parte del equipo galénico liderado por el Cirujano General Arango Botero en la nota operatoria con relación al tiempo transcurrido en curso de la cirugía que se suspendiera por las razones ya expuestas, en esa mañana del 30 de junio de 2022. La descripción quirúrgica se establece como fecha de la cirugía el 30/06/2022 con **hora de inicio 8:20 y hora final 9:15** am. Luego, no es

sepsis e incluso muerte. Por lo que en todo caso existe la recomendación e indicación quirúrgica clara, precoz y necesaria.

² *En este caso en el intraquirurgico se aumentó la complejidad al encontrar un síndrome adherencial severo el cual es una* patología consistente en la creación de bandas fibrosas entre los órganos después de cualquier cirugía intrabdominal y que son inherentes al proceso de cicatrización de cada persona no siendo prevenible ni previsible. El síndrome adherencial hace que se pierdan las relaciones anatómicas existentes y aumenta aún más la dificultad quirúrgica. Dado que dicha presencia de adherencias conlleva inflamación de los tejidos, *friabilidad* de los mismos y distorsión de los planos anatómicos, lo cual favorece la posibilidad de complicaciones como la *lesión de vía biliar* o lesión de órganos vecinos como intestino o colon, para asegurar la disección que se requería.



Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

cierto que exista una irregularidad en los registros contenidos en la historia clínica que permitan concluir necesariamente que la paciente estuvo más del tiempo registrado en sala de cirugía. Como consta la primera nota de recuperación se registra a las **9:25** am Por lo demás deberá probarlo con validez científica.



Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

Paciente	: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	Fec. Nac.	: 18.05.1955
Identificación	: CC - 29699419	Edad/Sexo	: 67 a / F
Especialidad	: U.M. Qx Cirugia General	Fecha Adm.	: 30.06.2022
Ubicación	: Comfandi-Palmira	Cama/Epis.	: 72KAPQ01 / 32211531
Fec. Registro	: 30.06.2022	Hora Reg.	: 09:25:47
Aseguradora	: SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CONTRIBU		

Paciente : ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS **Identificación** : CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

EVOLUCIÓN : INGRESA A SALA DE RECUPERACION INICIAL, PACIENTE DE 67 AÑOS TRAIDA EN CAMILLA POR CIRCULANTE MARIA NEYCI ,PACIENTE QUE EL DOCTOR ARANGO NO LE PUDO REALIZAR LA COLECISTECTOMIA POR QUE LA PACIENTE TIENE MUCHAS ADHERNCIAS NO SE PUDO VISUALISAR LA VESICULA EL DOCTOR ARANGO SUSPENDE LA CIRUGIA DICE QUE SE DEBE INTERVENIR EN UN 3 NIVEL POR LAPARATOMIA PACIENTE BAJO ANESTESIA GENERAL POR EL DOCTOR , VALENCIA AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA PACIENTE DESPIERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SE LE OBSERVA HERIDA QUIRRGICA LIMPIA SECA NO SIGNOS DE INFECCION SE MONITORIZA PACIENTE, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE COLOCA OXIGENO POR MASCARA A 6LX' + TAPABOCAS, SE MANEJA PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD POR CONTINGENCIA DEL COVID 19. PENDIENTE INICIAR LA VIA ORAL, ELIMINAR Y SALIDA

Fecha Dat : 30.06.2022 **Hora Dat** : 15:30 **Paciente Obstétrico** : No

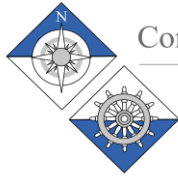
EVOLUCIÓN : SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION FINAL PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN COMPAÑIA DE AUXILIAR SIN EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL COMPLETAMENTE RECUPERADA MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SIN SANGRADO, AFEBRIL PACIENTE PREOGRAMADA PARA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA PERO EL DOCTOR ARANGO CONSIDERA QUE LA PACIENTE DEBE SER INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE EN UN NIVEL SUPERIOR HACE ORDENES PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO VALORACION POR ANESTESIOLOGIA PARA CLINICOS PARA ENTREGAR A EL FAMILIAR DEL PACIENTE. PACIENTE EN EL QUE DURANTE SU TIEMPO EN RECUPERACION PASA CON SIGNOS VITALES ESTABLES SIGNOS SIN SOPORTE DE OXIGENO TIENE UNA SATURACION DE 90 TIENE PENDIENTE INICIAR VIA ORAL ELIMINACION EN BAÑO QUEDA EN COMPAÑIA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA SANDRA LEDESMA Y CON EL FAMILIAR DEL PACIENTE. PACIENTE CON GLUCOMETRIA DE 170MGDL.

Paciente : ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS **Identificación** : CC - 29699419

Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

EVOLUCIÓN : 15:30 RECIBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION FINAL EN CAMILLA CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, PACIENTE PROGRAMADA PARA COLELAP LA CUAL NO SE PUDO REALIZAR POR ADHERENCIAS NO SE VISUALIZO LA VESICULA SE CONVITIO EN LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA DOCTOR ARANGO DECIDE QUE PROCEDIMIENTO SE DEBE REALIZAR EN NIVEL 3 POSQUIRURGICA REALIZADA POR EL DR ARANGO BAJO ANESTESIA GENERAL, SIN COMPLICACION, CON LIQUIDOS ENOVENOSOS PERMEABLES, SE HACE ENTREGA DE DOCUMENTACION, PENDIENTE TOLERAR VIA ORAL, ELIMINAR ESPONTANEO Y SALIDA. 16:45 EGRESA PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR Y EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SECA CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE, SE LE ENTREGAN PARA CLINICOS, PACIENTE TOLERA VIA ORAL, ELIMINA ESPONTANEO, SE LE DA RECOMENDACIONES Y CUIDADOS EN CASA SOBRE LA ALIMENTACION, ACTIVIDAD FISICA QUE PUEDE REALIZAR, LA IMPORTANCIA DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS, DIETA, HIGIENE CORPORAL, CUIDADOS EN LA ALIMENTACION EVITAR ALIMENTOS CON CONDIMENTOS GRASAS EMBUTIDOS LACTEOS POR OCHO DIAS AUMENTAR LA INGESTA DE AGUA, GELATINA EN CASO DE FIEBRE MAYOR A 38.5 GRADOS, ERITEMA, CALOR LOCAL ALREDEDOR DE LA HERIDA QUIRURGICA, CONSULTAR POR URGENCIAS. REALIZAR AUTORIZACIONES EN TERCER NIVEL.

Carrera 3 A Oeste No. 2-43 El Peñón
PBX (57) (092) 488 0999 Tel: (57) (092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 8922106
Email RNA :harold.aristizabal@conava.net
Email: conava@conava.net
Email: ham.conava@gmail.com
Santiago de Cali - Colombia

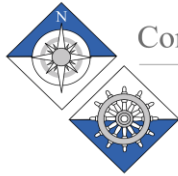


6. El día 01 de julio del 2022 siendo las 08:35 p.m., específicamente 36 horas después de la primera intervención quirúrgica de la señora Ceballos, es trasladada por su familia a la CLÍNICA PALMIRA por estar en un deterioro físico, fiebre, descompensación total, donde su ingreso se da por sus propios medios en compañía de su hija, donde inicialmente se refiere a un dolor en su abdomen que no aguantaba.

R/AL 6: No nos consta, por tratarse de atención medica en institución de salud ajena a mi representada, sin embargo, del examen de historia clínica se observa que al consultar en la noche del día siguiente a la Clinica Palmira, la paciente indica que "tiene un dolor que no se lo aguanta". Y al examen presenta decaimiento, temblor distal y dolor abdominal en incremento, y que a la valoración médica presenta impresión Bloomberg a la palpación abdominal con distensión, se inicia analgesia y reanimación y se solicita valoración con cirujano de turno al identificar en ese momento abdomen agudo, ordenándose paraclínicos.

7. Su hija, acompañante al momento del ingreso en la CLINICA PALMIRA, menciona que el día anterior la señora ROSA EMILDA GÓMEZ fue intervenida para un COLEPAP el día 30 junio del 2022, pero en este procedimiento no fue posible realizar la extracción de la vesícula por lo cual le dieron egreso de la IPS Comfandi Palmira y le indicaron que debía ser programado nuevamente el procedimiento, así mismo, indican que el médico cirujano les manifestó complicaciones graves en la cirugía.

R/AL #7: Es parcialmente cierto en cuanto se expone conforme consta en registro de nota quirurgica de la colecistectomia que se frustrara, que inicialmente al proceder con el abordaje quirurgico en exploracion laparoscopica y ante la evidencia de adherencia abdominales severas se decide prudentemente suspender el procedimiento dada la mayor dificultad que implicaba en ese momento adelantar la

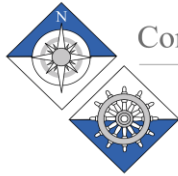


cirugía con la distorsión anatómica que representaba el hallazgo en la mayor dificultad para identificar la vesícula y los conductos biliares y el riesgo de iatrogenia. Por otra parte, lo que no resulta cierto y coherente con lo expuesto y registrado es que el cirujano general que adoptó tal conducta prudente y válida le haya afirmado a la familiar (hija) que se presentaron complicaciones graves en la cirugía. Deberá probarlo idóneamente.

8. Es importante manifestar, que antes de brindarse el ingreso a la IPS Comfandi Palmira de la señora ROSA EMILDA CEBALLOS, anteriormente le realizaron ecografía de hígado y vías biliares específicamente el día 10 de marzo del 2022 donde se evidenció lo siguiente *"vesícula distendida, de paredes normales, con múltiples imágenes hiperecóticas en su interior que proyectan sombra acústica, sin signos inflamatorios"*

Al momento de brindarse el ingreso de la señora Rosa Emilda Ceballos, esta fue dirigida directamente a sala de reanimación, donde se posiciona en Trendelenburg, le inician reanimación hídrica por presión arterial de 68/35 75/47. En el examen físico realizado el médico de consulta en su momento dado evidencia lo siguiente *"impresiona Bloomberg en cualquier punto a la palpación abdominal además aqueja distensión abdominal, se indica analgesia y se comenta paciente vía telefónica con el doctor Penilla cirujano de turno por abdomen agudo pendiente valoración formal, se solicitan paraclínicos de ingreso y se solicita priorizar."*

R/AL #8: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idóneamente con base en la historia clínica.



9. El mismo día que se brinda el ingreso de la señora ROSA EMILDA CEBALLOS a la CLINICA PALMA REAL, siendo las 21:26 p.m., es revalorada por medicina general donde el medico que realiza valoración indica que el dolor de la señora Gómez persiste y evidencia hipotensión y taquicardia pese al manejo médico que ya se le había brindado.

R/AL #9: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica. se desconoce en todo caso si efectivamente fue tratada en algun momento en la Clinica Palma Real de Palmira.

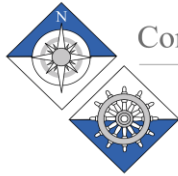
10. Ante lo anterior la señora ROSA EMILDA, fue valorada por el cirujano de turno el Dr. PENILLA. Al momento de la valoración el Dr. Penilla nota en la señora CEBALLOS abdomen agudo y solicitó traslado hacia quirófano como urgencia vital.

R/AL #10: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica.

11. El mismo 01 julio del 2022, tiene evolución por parte de cirugía general donde medicas tratantes sospechan peritonitis aguda y debido a los diferentes múltiples antecedentes quirúrgicos abdominales, el médico tratante ordena exploración por laparotomía.

R/AL #11: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica.

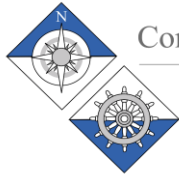
12. Es importante manifestar, que de la realización de la laparotomía no se evidencia en la historia clínica nota quirúrgica de la misma. No obstante, la señora Rosa Emilda en postoperatorio fue ingresada a cuidado intensivos debido a abdomen agudo debido a choque séptico de origen abdominal.



R/AL #12: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clínica.

13. La señora Rosa Emilda al momento de ingresar a la unidad de cuidado intensivos ingresa bajo entubación endotraqueal, hipotensa y taquicardia con necesidad de soporte vasoactivos para mantención de estabilidad hemodinámica. De la misma manera, para más claridad de este hecho se cita a letra la nota de ingreso a UCI de la señora Ceballos:

*"Adulta mayor con múltiples comorbilidades, antecedente de múltiples cirugías abdominales quién ingresa el día de hoy en contexto de abdomen agudo (quién estaba programa para colelap en I nivel de atención según hc y suspendieron procedimiento **por necesidad de institución de mayor complejidad**) llevada a laparotomía de urgencias hoy, pendiente descripción de hallazgos intraoperatorios, ingresa a UCI bajo TOT, hipotensa, taquicárdica, con necesidad de soporte vasoactivo con sepsis en curso no se descarta proceso de choque séptico foco abdominal, se da continuidad a terapia antimicrobiana establecida por el servicio de cirugía general se ajusta órdenes médicas ss lab de control. su pronóstico es muy reservado.*

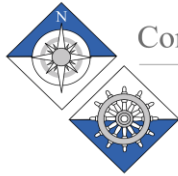


Ingresa paciente a uci del servicio de cirugía, con dx médico de pop laparotomía exploratoria- abdomen agudo sepsis de foco abdominal choque séptico hta por hc dm tipo 2 por hc, con soporte vasoactivo, ingresa intubada contot ·7.0 fijo a 22 cms comisura labial, se conecta a ventilación mecánica modo acv vt 350 (7.5hg) peep 6 fr 16 fio250% a la auscultación mv presente sin ruidos sobreagregados, signos vitales de ingreso ta 144/70 con fc 120 por min sat 02 98% se realiza permeabilización de la vía aérea obteniendo secreciones mucoides por tot y orofaringe paciente tolerando manejo se deja bajo observación.

Adulta mayor HTA- DM tipo 2 ingresada uci en pop de laparotomía exploratoria por abdomen agudo, con hallazgos de severo sd adherencial con peritonitis intestinal y membranas adherentes con perforación en asa de íleon terminal a unos 15cm de la válvula ileocecal que requirió rafia en dos planos se lavado cavidad se deja bolsa viaflex y cierre piel a definir nueva revisión en 3-4 días según concepto de cirugía general, en el momento paciente con signos de inestabilidad, taquicardia, hipotensa, con hiperlactatemia y soporte vasoactivo considero choque séptico en evolución, se decide ampliar cubrimiento atb a carbapenem para mejorar perfil antimicrobiano y acorde protocolo uci, continúa reanimación con cristaloides, seguimiento de pvc, manejo conjunto con cirugía general, su pronóstico muy reservado.”

R/AL #13: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. Deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica. De acuerdo con el registro de historia clinica de Clinica Palmira S.A. el hallazgo intraoperatorio corresponde a lesion intestinal (perforacion en asa de ileon terminal a unos 15 cm de la valvula ileocecal) corresponde a riesgo inherente descrito en consentimiento informado³ y reportado como complicacion quirurgica en la literatura

³ Si bien la jurisprudencia destaca la necesidad de informar, sobre la naturaleza del procedimiento, y sobre riesgos y consecuencias, aun sin proponerse un estándar para la determinación del quantum informativo



Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

medica sin que constituya mala practica medica, evento que puede resultar inadvertido en el transoperatorio que hubiera acontecido.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

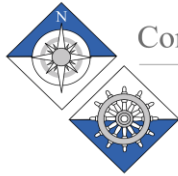
Yo ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS, identificado con el documento de identidad N° 29699419 manifiesto que el (la) Doctor(a) ARANGO BOTERO, GERMAN de la IPS me ha informado que presento: K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECI STITIS; y en un lenguaje claro, sencillo y comprensible para mí, me ha explicado suficiente y adecuadamente en qué consiste dicha alteración.

Para explicarme y facilitar mi comprensión utilizó EXPLICACIÓN HABLADA y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y despejar todas mis dudas.

Igualmente declaro que he recibido de parte del (la) profesional suficiente y adecuada información en términos sencillos y claros acerca de o los procedimiento(s) aconsejable(s) que me propone denominado(s):colecistectomia ; me ha indicado cuál es la naturaleza y objetivo del procedimiento que me propone y también me ha advertido acerca de los riesgos generales propios del procedimiento a realizar.

Entre los riesgos individuales correspondientes a mi caso específico mencionó:infección , sangrado , perforaacion intestinal o biliar , sepsis

(cantidad y calidad de la información que se ha de proporcionar al paciente para que este emita su consentimiento informado), y conscientes que el juramento hipocrático concibe el principio de beneficencia que se traduce en una doble exigencia: no hacer daño y maximizar los beneficios y minimizar los daños posibles que implica la exposición a ciertos riesgos, debemos precisar que la Corte en sentencia (**SC4786/2020**), precisa "*no se exige que la divulgación recaiga sobre todas las posibles situaciones adversas, por quiméricas que sean, sino que debe recaer sobre las normales o previsibles, con el fin de que el paciente asienta con su sometimiento. Bien se ha dicho que: este deber se extiende a los riesgos previsibles, pero no a los resultados anómalos que lindan con el caso fortuito, y que no cobran relevancia según el id plerunquem accidit.*" Y agrega luego la Corporación: "*no puede llegarse al extremo de exigir que se consignen en el consentimiento informado situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles tengan un margen de probabilidad que ocurran*".



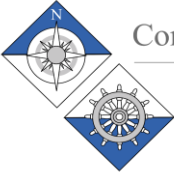
14. Durante la estadía en Uci de la señora Rosa Emilda Ceballos, la evolución se tornó en decadencia, es decir, tuvo una mala evolución clínica que llevo a que la señora Gómez presentara malas condiciones generales con inestabilidad hemodinámica pese a que los médicos tratantes dieron manejo con soporte vasoactivos, con pronóstico reservado.

R/AL #14: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clínica.

15. Es por ello que el día 02 de julio del 2022, la señora ROSA EMILDA CEBALLOS, fue valorada nuevamente por cirugía general donde solicitan sus médicos tratantes en ese momento, una nueva intervención quirúrgica para revisión de cavidad abdominal y lavado.

R/AL #15: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clínica

16. Dentro de esta última cirugía, lamentablemente siendo las 9:05 p.m. la señora Rosa Emilda fallece por choque séptico severo. No obstante, dentro de esta última cirugía se dieron las siguientes notas operatorias:



"Paciente de 67 años de edad (ap de DM2) internada en uci en primer día de pop de laparotomía, drenaje de peritonitis, lisis de adherencias y lavado peritoneal, evento quirúrgico previo extramural para colelap frustrada por síndrome adherencial, tiene bolsas de adherencia viaflex y recomendación de nueva revisión cavitaria y lavado en 2 días. Posible sistema vac en dicho procedimiento.

En el día de hoy paciente en mala condición general, critica, profundamente sedada, con vm. Ss vs: ta 97/66 pam 76 sat 92 fc 148.

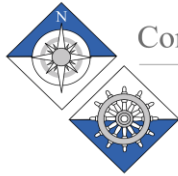
Examen cp sin alteraciones, abdomen cubierto, hemograma leucos 4760 hb 12.7 hto 37.4 plt 224.000 neut 53% lactato 42.2 bun 15.8 cl 106 creatinina 0.76 k 4.1 na 137. Antibioticoterapia con meropenem iv. Continuo manejo en uci: soporte ventilatorio, vasoactivo y ab. Reintervención por cirugía general en 48h.

Paciente quien lamentablemente fallece por asistolia por choque séptico severo."

R/AL #16: No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica.

RELATIVOS AL HECHO DAÑOSO:

R/ No es un hecho (circunstancias de tiempo, modo y lugar) sino una argumentación subjetiva que ademas evidencia falta de técnica juridica, ya que no se puede concebir un concepto u opinión con sesgo de juicio de valor al punto de formular conclusiones con las que pretende edificar errores con carácter de mala práctica, de alguien que no cuenta la competencia y experticia necesaria para el caso, que ademas no corresponde a la realidad y que resulta absolutamente temerarias frente a la práctica de la cirugía general en particular en tratándose de colecistectomía que contempla el riesgo inherente de lesión intestinal descrita amplia y reiteradamente por la literatura científica especializada. Pretendiendo desconocer que independiente de la técnica quirúrgica el riesgo de lesión intestinal esta siempre presente. Ademas resulta



temerario afirmar que la paciente fue dada de alta a sabiendas de que se había producido una lesión de órgano hueco (intestino), cuando se conoce de acuerdo con la literatura especializada que el 80% de las lesiones intestinales suelen pasar inadvertidas sin que ello implique necesariamente una mala práctica.

HECHOS RELATIVOS A LOS DEMANDANTES

R/ No nos constan las relaciones familiares de los demandantes, ni sus vínculos de afecto, colaboración, deberán ser probados de manera idónea.

HECHOS RELATIVOS A LOS DEMANDADOS

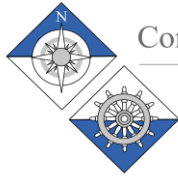
R/ No es un hecho corresponde a la identificación del objeto social de las entidades jurídicas de las demandadas, por lo demás deberá ser probados idóneamente.

EXCEPCIONES DE FONDO

I. AUSENCIA DE CULPA Y AUSENCIA DE NEXO CAUSAL.

EL RESULTADO ADVERSO QUE SOBREVINO A LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA FRUSTRADA LUEGO DEL ABORDAJE INICIAL EN EL QUE EVIDENCIARA ADHERENCIAS SEVERAS, CON POSTERIOR COMPLICACION A SABER, LESION EN UN SEGMENTO DEL INTESTINO, FUE LA CONSECUENCIA DE UNO DE LOS RIESGOS INHERENTES QUE COMPORTA ESE TIPO DE PROCEDIMIENTO. MÁXIME CONSIDERANDO SUS ANTECEDENTES QUIRURGICOS.

Acerca de los denominados RIESGOS QUE SON INHERENTES A TODO PROCEDIMIENTO MEDICO, en reciente sentencia (**SC-3272 de 2020**) la Corte Suprema de Justicia reiteró su línea jurisprudencial en torno a que "...resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico **cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento**



ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo.

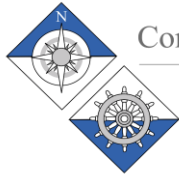
Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, **los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución.**

Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconocer que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, **apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.**

La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos. El primero arriba definido y el segundo, también según el RAE, es entendido como aquello: **«Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello»**⁴. Por esto, dentro del marco de la responsabilidad médica, debe juzgarse que los riesgos inherentes **son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona,** no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.

De tal manera, probable es que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursionar, por

⁴ RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 824.

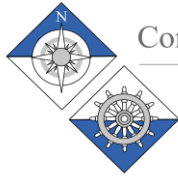


ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano.

De ningún modo; el delito o el daño a la humanidad del doliente es la excepción; no es regla general, por cuanto la profesión galénica por esencia, es una actividad ligada con el principio de beneficencia, según el cual, es deber del médico, contribuir al bienestar y mejoría de su paciente. Al mismo tiempo la profesión se liga profundamente con una obligación ética y jurídica de abstenerse de causarle daño, como desarrollo del juramento hipocrático, fundamento de *la lex artis*, que impone actuar con la diligencia debida para luchar por el bienestar del paciente y de la humanidad, evitando el dolor y el sufrimiento..." (Sala de casación Civil, sentencia del 07-09-2020. Magistrado ponente Dr. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA).

B.2. Como se ha explicado, la **Colecistectomía** es un procedimiento que usualmente se realiza ambulatoriamente. En el caso de la paciente Rosa E. Gomez C. el riesgo no derivaba propiamente del procedimiento vía laparoscópica (ya se ha dicho que éste es **mínimamente invasivo**), sino de la presencia de **adherencias** por las anteriores cirugías que se le habían practicado. En ese contexto, es decir, por las "...**condiciones especiales del paciente**..." [a las que alude la Corte en el fallo antes transcrito] lo indicado era intentar acceder a la vesícula biliar con el Laparoscopio, dado que el diagnóstico objetivo del nivel del compromiso adherencial **se verifica IN SITU, es decir, al momento del abordaje quirúrgico**, pues las ayudas imagenológicas no son efectivas para diagnosticar adherencias peritoneales, **dado que las asas no necesariamente cambian su morfología y disposición al adherirse entre ellas**.

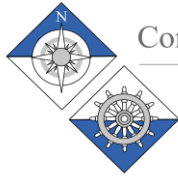
Y al evidenciarse **intraoperatoriamente** que no era posible acceder a la vesícula biliar con el laparoscopio, lo indicado conforme la discrecionalidad científica del galeno a cargo era considerar la necesidad de diferir el procedimiento para un segundo tiempo quirúrgico. Vale resaltar que a pesar de su idoneidad, y ser el procedimiento del campo propio de la especialidad del doctor Arango Botero, por su formación especializada **con actitud previsiva, para continuar el procedimiento, decidió**



posponer la cirugía a efecto de minimizar el riesgo y para el manejo de posibles complicaciones de otros órganos abdominales, si era del caso con servicio de UCI. Por lo que correspondió a una conducta terapéutica no solo válida sino prudente ante el hallazgo in situ de síndrome adherencial severo, de tal magnitud que no permitían acceder al sitio operatorio cuyo objetivo era extirpar la vesícula biliar, por lo que al no contar con mayor visibilidad necesaria, se tomó la decisión de suspender la manipulación, ya que continuar intentando acceder a la cavidad conllevaría un riesgo mayor para la paciente.

B.3. Es claro, entonces, que esa involuntaria lesión quirúrgica en un segmento del intestino delgado de la paciente era un **RIESGO INHERENTE** a la colecistectomía, riesgo presente independiente de la técnica quirúrgica que se procurara el cual, como se ha dicho, devino no tanto del procedimiento quirúrgico -mínimamente invasivo, se insiste- sino de la presencia de **adherencias** por las anteriores cirugías que a ella se habían practicado, síndrome adherencia cuya severidad -como también se ha dicho- era imposible detectar con ayudas imagenológicas, dado que éstas no son efectivas para diagnosticar adherencias peritoneales, **dado que las asas no necesariamente cambian su morfología y disposición al adherirse entre ellas.**

B.4. A riesgo de redundar se recalca, finalmente, que para la paciente **las adherencias** derivadas de cirugías anteriores representaban un RIESGO INHERENTE para la práctica de la **colecistectomía** porque limitan el movimiento de las asas o de los órganos y por la labilidad de las paredes de los intestinos (que es muy delgada), **difícultando así la manipulación en una cirugía posterior**, así sea mínimamente invasiva. Ello, empero, **no contraindica el procedimiento**; es decir, si éste está indicado por razones médicas o personales del paciente, **debe realizarse con el consentimiento informado de éste. Pero aún con el sumo cuidado del galeno, la complicación más frecuente es la perforación de alguna víscera y/o vaso sanguíneo, la cual puede incluso, como en el caso presente, no evidenciarse durante el procedimiento mismo.**

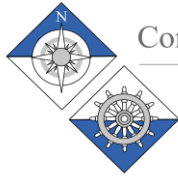


Daño éste que, parafraseando a la Corte en el fallo antes transcrito, “...**no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo...**” (SC-3272 de 2020).

Finalmente, en la misma línea de criterio, la Corte Suprema de Justicia Sala Civil, con ponencia del M. José F. Ramírez Gómez, el 30 de enero de 2001 #5507, se pronunció en materia específica, en la que fuera exonerado de responsabilidad el medico demandado y hace una importante referencia con relación al evento de riesgo que se presenta en el caso de *iatrogenia inculpable*. En efecto, la Corte recalca que el dictamen pericial determinó que la ruptura del tímpano podía tener como causa probable la *perforación* durante el procedimiento quirúrgico, pero que debía entenderse como un *riesgo inherente* a la operación, en razón a que la técnica misma que en estos casos debe emplearse imposibilita una adecuada visualización por la estrechez del campo operatorio.

Sobre la misma materia, el Consejo de Estado, Sección 3ª, en abril 1997 #946, precisó igualmente: este caso constituye un típico evento de ocurrencia de **riesgo médico**. En el hecho, el Consejo de Estado señaló que, como no se había podido determinar la causa científica generadora del daño, y como al mismo tiempo se había establecido la ausencia de falla del servicio (diligencia), ello implicaba deducir que los riesgos propios de la intervención médica se habían presentado y eran los causantes del daño. Se consideró que la ruptura de la “duramadre” era un “**riesgo connatural**” a ese tipo de intervenciones y de ocurrencia frecuente, por lo tanto, un riesgo que debía soportar el paciente por cuanto ningún comportamiento irregular podía imputarse ni al médico ni a la entidad hospitalaria. En consecuencia, la responsabilidad no fue declarada.

Por otra parte, se entiende por “*riesgo*” a la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Cuando aludimos al riesgo quirúrgico lo hacemos para referirnos a los accidentes operatorios no imputables a los cirujanos y que obedecen a la presencia



de factores ajenos al acto quirúrgico, ejercicio de una influencia negativa sobre su resultado.⁵

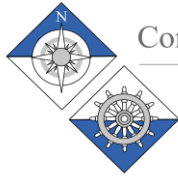
Ahondando en el examen del **acto médico propiamente dicho**, se trata de toda aquella actividad mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras, esto es, a procurar curar al enfermo; para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de aquel y, de ser el caso, a intervenirlo quirúrgicamente.

Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbigratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o aquellas que se derivan del estado del paciente o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, entre otras las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.

No puede soslayarse que el quehacer médico, pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasionen un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere ocurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suela concluir que la llamada "*iatrogenia inculpable*", noción que también involucra el médico terapéutico y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad.

Y en el ámbito quirúrgico, el riesgo corresponde a un concepto clínico -pronóstico-, fundado en la apreciación de la morbilidad, resistencia individual y operación, evaluación a la que es sometido el paciente antes de la intervención, a efecto de

⁵ Cita de URRUTIA A.R. Responsabilidad médico-legal de los obstetra. La Rocca. Buenos aires, 2004 pag.236. en el texto Tratado de Responsabilidad Medica. Marcelo J. López Mesa. Legis. 2007. Pag. 582.



establecer su predisposición a sufrir afecciones en la intervención quirúrgica o en el posoperatorio, para evitar o minimizar tales consecuencias.

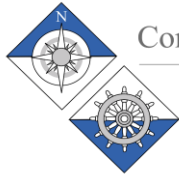
En fin, el riesgo puede estimarse *"como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médico-quirúrgicos que, por su etiología, frecuencia y características, resultan imprevisibles e inevitables"*. Desde esa perspectiva, en línea de principio, tanto el riesgo quirúrgico como el anestésico no son reprochables al galeno, por su imprevisibilidad e inevitabilidad y, por ende, no suelen generar obligación reparatoria a cargo de este.

II. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY.

La excepción propuesta se fundamenta en el **artículo 13 del Decreto 3380 de 1981** cuyo contenido es el siguiente:

"Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico."

Los procedimientos realizados por el equipo médico, no fueron la causa de la evolución que presentó el paciente. En ese sentido anota el Consejero de Estado Alier Hernández *"los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda en mayor o menor grado, inciden por si mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos."* Y la Sala toma para si los razonamientos que en igual sentido formula el autor Alberto Bueres : *"creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad medica el daño no es de suyo, en todos los casos, revelador de*



culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño, y en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo”⁶

El evento objeto de estudio constituye en ultimas un fenómeno de difícil previsión dentro del campo de la práctica médica, los profesionales médicos que suministraran en su oportunidad la atención al paciente son profesionales de reconocida idoneidad y amplia experiencia para quien tales efectos dañosos son igualmente imprevisibles, máxime si se adoptaran medidas terapéuticas para que ello en lo posible no acaeciera.

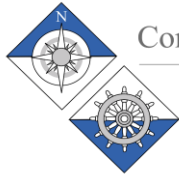
Los riesgos materializados en el paciente corresponden a lo que la doctrina denomina **alea terapéutica**. El alea en el campo medico es sinónimo de riesgo que corresponde definir como *“la parte de incertidumbre inherente a toda intervención quirúrgica o a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el procedimiento médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia.”⁷*

Alea terapéutica también definido como “la parte del riesgo que comporta inevitablemente un tratamiento médico o farmacéutico legítimo y correctamente llevado a cabo y cuya realización entraña la no cura o efectos indeseables, o como “la constatación de la impotencia de la intervención médica de cara a un riesgo no controlable en el estado actual de la ciencia a la época de la asistencia. Se trata incluso de un cierto modo, del sobrevenir de un caso fortuito que normalmente exonera de responsabilidad.”⁸

⁶ Ataz López, Los médicos y la responsabilidad civil, Ob. citada. Pag 340

⁷ Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pag 380. La definición corresponde a aquella adoptada en Francia por la Sociedad Hospitalaria.

⁸ Esta definición como fruto de la manifestación que hiciera la Casación en el fallo Tourneur del 8 de noviembre de 2000, en el cual propuso añadir el alea terapéutica como causa exoneratoria de la responsabilidad. Esta alea presenta casi los aspectos de la fuerza mayor (imprevisibilidad en su ocurrencia,



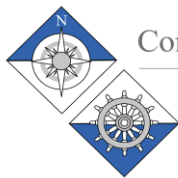
El legislador francés hace remisión expresa a los términos accidente médico, afección iatrogénica e infección nosocomial. Basta concluir que cuando se habla de riesgo médico o alea terapéutica si se quiere, se hace referencia a *"todo acontecimiento dañoso ocurrido al paciente sin que una torpeza y más generalmente una culpa pueda ser imputada al médico y sin que ese daño tenga relación con el estado inicial del paciente o con su evolución previsible"*. El alea es también definido como *"ligado a un peligro, medible en general estadísticamente pero no previsible de manera individual, de un acto médico o paramédico susceptible de causar un daño independientemente de todo estado patológico individual."* Los que en todo caso deben ser soportados por el paciente.⁹

III. IATROGENIA INCULPABLE POR RIESGO INHERENTE

La patología presente o la agravación del estado de salud como complicación, constituye un resultado desafortunado, entendido como daño anatómico médicamente hablando y este puede ser la muerte del paciente., sin embargo como bien lo señala en consideración que hace el connotado profesor E. RAUL ZAFFARONI en razonamiento aplicable al caso en estudio: *"Cuando se requiere una intervención quirúrgica terapéutica se presupone que hay un daño en el cuerpo o en la salud, o por lo menos una inminente amenaza de daño que la intervención tiende a neutralizar. Si se logra efectivamente dicha neutralización aunque no se obtenga un restablecimiento total de la salud o de la integridad física, pero se obtenga su conservación o mejoría puede considerarse que se trata de un resultado positivo. Igualmente cuando se hace necesario mutilar un órgano o miembro es porque se halla dañado y no es la intervención quirúrgica la que daña sino la que circunscribe el mal por el único procedimiento técnico que resta. Lo mismo cuando debe quitarse un órgano para que otro funcione adecuadamente, el daño en el cuerpo o la perturbación de la salud ya*

irresistibilidad en sus efectos, pero al contrario de ella, no es exterior al demandado) ahora bien, la fuerza mayor constituye un caso de exoneración en materia de responsabilidad sin culpa.

⁹ Cita de derecho comparado que trae el texto de Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pag 383.

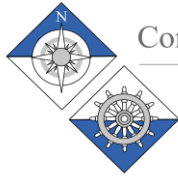


existen y la intervención persigue el fin de evitar su mayores consecuencias dañosas."¹⁰ Y agrega más adelante: **"si el medico ha obrado conforme a las obras del arte médico, aunque la intervención haya tenido resultado negativo, su conducta será atípica.** De allí que para la interpretación de la culpa típica en la lesión quirúrgica sea necesario referirse al concepto de reglas del arte medico cuya violación implica inobservancia del deber de cuidado, pero en modo alguno esa violación es suficiente para configurar la tipicidad culposa de la conducta médica." Y concluye "la afirmación de la obligación asumida por el médico en la atención al enfermo es de medios y no de resultados, reiterada en nuestra jurisprudencia es certera, pero la mera desatención de los "medios " no es suficiente para configurar una conducta típica culposa al no mediar un "resultado negativo" del que la conducta haya sido determinante".

"El médico no puede prometer, asegurar ni garantizar la cura del enfermo la recuperación de su salud o un resultado deseado por el paciente. Por lo tanto, el único resultado que puede ofrecer es que pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución. Si el objeto del acto médico es una simple "alea", si su existencia no depende de la voluntad y acción directa del deudor, sino que, en todo o en parte está condicionada por el azar, nos encontramos frente a lo que los Romanos llamaban ya la "emptio spei" (compra de la esperanza), como ocurre cuando el sujeto acude al consultorio del médico con la esperanza de obtener su curación.

En el caso sub judice el equipo médico procedió a calcular el riesgo, esto es se tomaron todas las previsiones para que los eventos que afecten la salud no tengan ocurrencia, ni los efectos secundarios que pueda conllevar el tratamiento o los riesgos que lleguen a sobrevenir como propios se logren superar de manera satisfactoria. Sin que por ello se traduzca en culpa médica, como lo sustenta la prueba en el caso sub judice. En ese mismo sentido los estudios y conceptos periciales o de pares académicos, al sopesar todos y cada uno de los aspectos puestos en consideración,

¹⁰ Teoría del Delito. Eugenio Raúl Zaffaroni pag. 413, 414.



permitirán determinar que el actuar del equipo médico estuvo enmarcada dentro del concepto de *lex artis*.

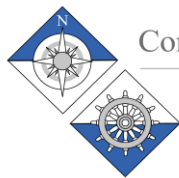
Los procedimientos terapéuticos implementados se cumplieron por parte del equipo médico dentro de las normas o cánones de atención es decir de forma adecuada, en la oportunidad posible y ajustada a los postulados de la *lex artis*.

Es necesario reconocer entonces que en la actividad medica todo tratamiento o terapéutica en mayor o menor grado de incidencia implica riesgo, y tal riesgo podrá ser de gran entidad como lesión o muerte o de mínima entidad. De allí que se pueda catalogar de **actividad de riesgo-beneficio**, calificación absolutamente distinta de actividades peligrosas.

Destaquemos para el objeto de estudio que son las interacciones las riesgosas y no los resultados, con lo que se constata es la falta de situación típica, se tiene es la intención de un menor riesgo; no tiene sentido discutir el problema del resultado. De lo que se trata es de determinar si se está en el ámbito del riesgo permitido; de ser así no hay situación típica, y por consiguiente no tiene sentido entrar en la cuestión del resultado, son atípicos. Su actividad es permitida antes que se haya causado cualquier resultado independientemente de su causación y aquí se hace necesario destacar una sentencia de 12 de Noviembre de 1999, donde se advierte que el juicio de valor de la conducta se debe dar **ex ante y no ex post**. Igualmente una decisión del Consejo de Estado con relación a una demanda por falla del servicio médico donde se reconoce como situación de fuerza mayor la complicación sobreviniente.¹¹

IV. LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADO EL EQUIPO MEDICO DE COMFANDI

¹¹Sentencia de agosto 24 de 1998 M.P. Jesús María Carrillo. Jurisprudencia y Doctrina pag 1618-19.



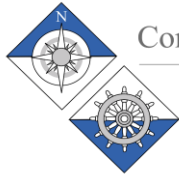
Es criterio definido tanto por la doctrina, la jurisprudencia como la ley que las obligaciones de la actividad medica son obligaciones de medio. La ley 1438 del 19 de enero 2011, en su artículo 104, modificadorio del artículo 26 de la ley 1164 de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio.¹²

En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por el equipo de salud son obligaciones de medio y no de resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación a que estaba obligada, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

Al Equipo médico le correspondió la atención de la paciente, lo hizo cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular les exigía, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico, está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser **endógenos o biológicos, propios de individuo** y exógenos o del medio ambiente, un ejemplo de dicho factor lo constituye la patología de base que registraba el paciente, y en el que los galenos actuaran en procura de evitar el desenlace fatal. Evento que hace parte incluso de la evolución natural de la enfermedad y en algunos eventos sin que sea posible su interrupción producto de las complicaciones de la patología, con capacidad de llevar a un resultado insatisfactorio catastrófico que pese a los medios implementados se presenta constituyendo así un evento irresistible de sortear.

¹² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez.



Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado al practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento ó la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento. Para el momento que fue tratado el paciente por el equipo médico se procuraba por este precisamente implementar unos medios que le permitieran sortear la enfermedad que se manifestara en ese momento, requiriendo para enfrentarla el practicar los respectivos procedimientos indicados dentro de las expectativas de conducta profesional. Bástenos traer a colación la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico:

"... Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad" (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente II.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros)

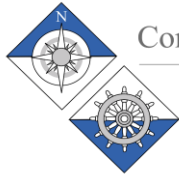
En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado¹³.

V. CRITERIO JURIDICO APLICABLE DE CULPA PROBADA Y CARGA DE LA PRUEBA A CARGO DEL ACTOR

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*¹⁴, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto

¹³CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.

¹⁴ Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica: Mario Fernando Parra Guzmán. Ed. doctrina y ley. 2004 *"es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, está*



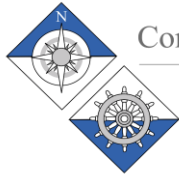
prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos de la CLINICA como en este caso por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó como terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar al paciente.

Si bien es cierto, la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio medico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien lo señalo la Corte¹⁵ que *"el medico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado"*.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga, recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa del galeno; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se

referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad." pag. 45.

¹⁵ Sentencia de Casación expd. 5507 Dr. José Fernando Ramírez Gómez.



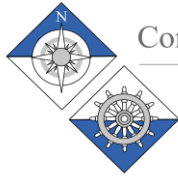
llegó a afirmar a mediados del siglo pasado¹⁶ se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la *lex artis*, máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general son de medio, y excepcionalmente como en caso de cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido el tratadista y exmagistrado de la Corte Javier Tamayo Jaramillo expuso *"tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en si mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el aleas de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado"*.¹⁷ En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general, propugna la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

Las ciencias sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden

¹⁶ Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad medica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 exp. 5507 Jose Fernando Ramírez Gómez. Pag. 25.

¹⁷ Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Ed. Temis 1997. Pag. 154.

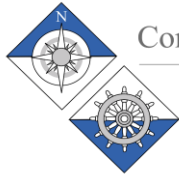


olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad no puede cargar la ignorancia de la causa al médico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al médico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Podemos afirmar que las presunciones de culpa o las facilitaciones de prueba de nexo de causalidad, a la postre, como lo pudo evidenciar el propio Consejo de Estado, y de ahí los cambios jurisprudenciales, son aplicación de *responsabilidad objetiva*. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es un aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos.

VI. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURÍDICO Y EN CONSONANCIA CON ELLO CARECE DE FUNDAMENTO LAS PETICIONES ECONÓMICAS, LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad civil, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa a COMFANDI.

Valga indicar precedentemente al abordaje particular de cada uno de los perjuicios aludidos, que la jurisprudencia Colombiana invocando el tenor literal del Art. 167 C.G.P., ha sido directa en afirmar que “el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, cual reflejo de lo acontecido en el Derecho Francés, de tal suerte que la acción de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo.



De tal suerte que sea cual sea la naturaleza de los perjuicios reclamados, estos deberán ser acreditados a su Señoría dentro del proceso, mediante los medios probatorios que se recauden a través de la actuación, a propósito de lo cual debe señalar el suscrito apoderado, que brilla por su ausencia dentro del sumario, evidencia alguna que compruebe que la parte actora haya sufrido los perjuicios cuya condena solicita, en la extensión comprendida por sus aspiraciones económicas.

VI. LA INNOMINADA

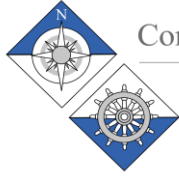
Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho en favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual tendré oportunidad de referirme en los Alegatos de Conclusión.

PRUEBAS

Solicito al Señor Juez que sean decretadas y tenidas como tales y/o practicadas las siguientes pruebas:

I DOCUMENTALES

- 1.El Poder para actuar (ya obra en el proceso)
2. Certificado de existencia y representación legal de COMFANDI (ya obra en proceso)
- 3.Historia clínica atención brindada en COMFANDI, que se allega al proceso con esta contestación, además de la historia clínica que obra ya en el proceso.
- 4.Consentimiento informado para colecistectomía laparoscópica (quirúrgico y anestésico)
- 5.Certificaciones de Capacidad técnica y científica de los servicios homologados y habilitados en que consta que la IPS COMFANDI Palmira NO cuenta con UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) en 2022 hasta la fecha.
6. Documentos de idoneidad profesional de cirujano general German Arango Botero
7. Informe Pericial rendido por Cirujano General JAIRO RAMIREZ PALACIO



8. Hoja de vida y diplomas que acreditan idoneidad del perito JAIRO RAMIREZ PALACIO.

II. INTERROGATORIO DE PARTE

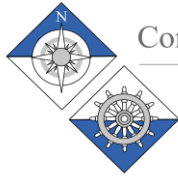
A efecto de controvertir los hechos de la demanda y de contestación, y para que declaren acerca de lo que les conste acerca de los mismos, e igualmente ilustren al Despacho acerca del tema objeto de prueba, solicito se sirva citar a: **Los demandantes y los codemandados.**

Objeto de la Prueba: interrogatorio de carácter técnico para que en su condición de tal y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica de cada uno y con base en las pruebas allegadas al expediente, depongan sobre lo que conozcan acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la misma, e informen e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso, todo lo cual es tema de prueba necesaria; testigos técnicos que cuentan con la experticia del caso.

III. TESTIMONIALES TECNICOS

A efecto de controvertir los hechos de la demanda y de contestación, y para que declaren acerca de lo que les conste acerca de los mismos, e igualmente ilustren al Despacho acerca del tema objeto de prueba, Solicito se sirva citar a:

- 1. Dr. German Arango Botero** (Cirujano general) Médico tratante. Se localiza a través del área de recursos humanos de Comfandi.
- 2. Dr. Justy Romero Ortiz** (Cirujano general) Médico tratante. Se localiza a través del área de recursos humanos de Clinica Palmira.
- 3.** Permítase interrogar en curso de Juicio Oral a los testigos técnicos que hayan sido citados por los demás sujetos procesales.



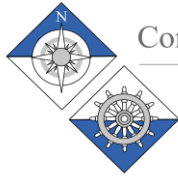
Objeto de la Prueba: interrogatorio de carácter técnico para que en su condición de tal y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica de cada uno y con base en las pruebas allegadas al expediente, depongan sobre lo que conozcan acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la misma, e informen e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso, todo lo cual es tema de prueba necesaria; testigos técnicos que cuentan con la experticia del caso.

IV.DICTAMEN PERICIAL DE PARTE DE PAR EN CIRUGIA GENERAL. Y COMO DICTAMEN DE CONTRADICCION.

En ejercicio del derecho de contradicción del dictamen presentado por la parte demandante. Presentamos Dictamen de Parte rendido por el perito **JAIRO RAMIREZ PALACIO** Cirujano General quien respondiera cuestionario luego del examen de la historia clínica integral de la paciente, y demanda. Quien rindiera informe con el cual se estará ejerciendo también la Contradicción del dictamen que presentara la parte actora dentro del proceso, conforme lo faculta el artículo 228 C.G.P. Perito que se hallará en la disposición de ratificar su Informe en audiencia.

Dictamen pericial - estudio especializado que será rendido por par médico especialista en Cirugía General.

Objeto de la Prueba: sustentar la teoría del caso de la parte que represento y controvertir la teoría del caso y dictamen de parte de los demandantes que obran en el proceso. Verificar los hechos que interesan al proceso y que requieren especiales conocimientos técnico-científicos. para que en su condición de perito experto en Cirugía General y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica y con base en las pruebas allegadas al expediente, deponga sobre de los hechos objeto de investigación, e informe e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso sustentando la teoría del caso que defiende esta parte, así mismo para desvirtuar la opinión pericial que si es del caso presente la parte actora en oportunidad legal.



Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

PETICIONES

Respetuosa solicito a la señora juez, acceder a las siguientes peticiones:

PRIMERA. Tenga por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de COMFANDI

SEGUNDA. Acceda al decreto de las pruebas requeridas.

TERCERA. Declare probadas las excepciones DE MÉRITO presentadas.

CUARTA. Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, y en consecuencia a ellas profiera sentencia de fondo, inobjetable en su sentido de justicia, en la que se denieguen las pretensiones presentadas por la demandante.

NOTIFICACIONES

El suscrito puede ser notificado en correo electrónico RNA
harold.aristizabal@conava.net

Del señor Juez, sinceramente.,

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN

C.C. 16.678.028 de Cali

T.P. 41.291 C.S.J.

RNA: harold.aristizabal@conava.net