

Señores:

JUZGADO PRIMERO (01) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE PASTO

adm01pas@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTES: ALAN DAYAN ARCOS LATORRE Y OTROS

DEMANDADOS: "EMSSANAR" Y E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS DEL MUNICIPIO DE SANDONA

RADICACIÓN: 52001333001-2021-00068-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la calle 100 No. 9 A – 45 piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT. 860.524.654-6, encontrándome dentro del término legal procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por el señor ALAN DAYAN ARCOS LATORRE Y OTROS en contra de "EMSSANAR" y de la E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS DEL MUNICIPIO DE SANDONA., y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por este último a mi representada, en la misma forma y orden en que fueron formulados los hechos y las pretensiones para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tenga en cuenta las precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, de conformidad con lo que se consigna en los acápite siguientes:

OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta que la notificación personal del auto que admitió el llamamiento en garantía se efectuó el día 02 de septiembre de 2024, el término de 15 días establecido en el inciso segundo del artículo 225 del CPACA comenzó a computarse una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje. Es decir, a partir del 5 de septiembre del corriente año. De allí que el término consagrado para presentar la contestación transcurra los días 05, 06, 09, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24 y 25 de septiembre de 2024. En ese orden, se colige que el presente escrito se presenta dentro de la oportunidad procesal pertinente.

CAPÍTULO I

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1. A mi representada no le consta de forma directa lo señalado en este hecho, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En gracia de discusión, se advierte que, tras consultar la información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se verificó que el señor Alan Dayan Arcos Latorre, identificado con cédula de ciudadanía No. 87.574.491, está vinculado al Sistema de Seguridad Social en Salud bajo el Régimen Contributivo en la entidad EMSSANAR S.A.S. desde el año 2011.

FRENTE AL HECHO 2. Se trata de la transcripción parcial de la historia clínica emitida por la ESE Hospital Clarita Santos, correspondiente a la atención médica que recibió el paciente Alan Dayan Arcos. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera de su conocimiento.

Ahora bien, de acuerdo con lo consignado en la historia clínica, el 08 de enero de 2019, el señor Arcos Latorre consulta: *“con cuadro clínico de 8 días de evolución consistente en aparición de tumefacción dolorosa en región glútea, perianal izquierda, que fue incrementado de tamaño, asociada a calor local, eritema e intenso dolor, picos febriles no cuantificados, escalofríos, malestar general.”* Sobre este punto, no es claro, porque nada señala al respecto la demanda, porqué razón el señor Arcos permitió durante ocho días la evolución de tales síntomas.

Las expresiones: *Normo cefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosas hidratadas sin lesiones, cuello móvil sin adenopatías, tórax nomoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos y regulares sin murmullo vesicular presente sin sobre agregado, abdomen blando sin dolor, en región interglútea se evidencia presencia de tumefacción de aproximadamente 8cm con eritema, calor local, dolor, sin punto de drenaje, extremidades móviles sin edemas. SNC: sin déficit.* Así como la orden de dejar al paciente en observación, canalizar acceso venoso y la fórmula médica correspondiente a *oxacilina ampolleta 1gr, diclofenaco ampolleta 75mg Du y Naproxeno tableta 250mg tomar cada 8 horas, CSU – AC, Curva térmica.”* corresponden al análisis, diagnósticos asociados y plan de manejo del paciente; no a los motivos de consulta.

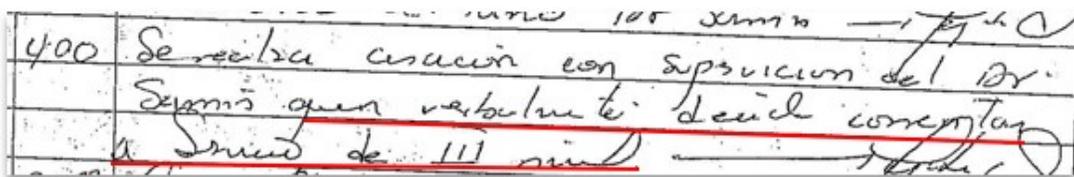
FRENTE AL HECHO 3. Se trata de la transcripción parcial de la historia clínica emitida por la ESE Hospital Clarita Santos, correspondiente a la atención médica que recibió el paciente Alan Dayan Arcos. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera de su conocimiento.

FRENTE AL HECHO 4. Nuevamente el apoderado del extremo demandante consigna una transcripción parcial de la historia clínica emitida por la ESE Hospital Clarita Santos, correspondiente a la atención médica que recibió el paciente Alan Dayan Arcos. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera de su conocimiento.

FRENTE AL HECHO 5. Se trata de la transcripción parcial de la historia clínica emitida por la ESE Hospital Clarita Santos, correspondiente a la atención médica que recibió el paciente Alan Dayan Arcos. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera de su conocimiento.

FRENTE AL HECHO 6. NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., en calidad de llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar y mucho menos admitir. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

No obstante, se advierte que, dentro de los documentos administrativos de atención e historia clínica del paciente, no se observan solicitudes de remisión por parte de los familiares, así como tampoco una negativa en la autorización de dicha solicitud. Sin embargo, en la historia clínica hay varias notas de constancia de inicio de trámite de remisión por parte del Hospital Clarita Santos y como se está pendiente de respuesta.



4:00 Se realiza curación con supervisión del Dr. Quien verbalmente decide comentar a Servicio de III nivel

Nota 10 de enero de 2019 (4:00 horas).” Se realiza curación con supervisión del Dr. Quien verbalmente decide comentar a servicio de III nivel”

10-01-19 19:30
 Estado paciente con diagnóstico de Absceso en
 glándula parotídea, quien se encuentra en
 manejo con oxitetraciclina 250 mg + Metronidazol 500 mg,
 quien se evidencia aumento de signos inflamatorios
 y compromiso de región parotídea, además
 con persistencia de FV febriles, por lo que se
 decide rotar antibiótico a clindamicina
 (clindamicina + Metronidazol), además
Se inicia trámite de remisión a tercer
 nivel

Nota 10 de enero de 2019 (19:30 horas). "(...) se inicia trámite de remisión a tercer nivel"

NOTAS DE ENFERMERÍA
 revisión física se observa vena canalizada en miembro superi-
 or con catéter heparinizado via permeable a la adminis-
 tración de medicamentos, pendiente ser confirmado en
institución de tercer nivel SU=TA=110170 nombr. Fe=72

Nota 11 de enero de 2019 (7:00 horas). "pendiente ser confirmado en institución de tercer nivel"

Subjeto: Refiere tener dolor en glándula
 Objeto: Signos vitales TA 110/70 FC 72 FR 20 T 36.5 S 98
 Neurología: PINK, exámenes cerebrales, masa subcutánea de
 cuello sin adopción, Toux Síndico, coqueles rítmico
 pulmones: rales vesicales crepales, crepales
 blancos, crepales no adopción, región glándula parotídea
 dolor, nódulo de glándula parotídea y fístula
 abdominales: Síndico masas sin adopción, SDC adopción
 análisis: punto quemado con cambios
 inflamatorios sin adopción, pendiente de trámite de remisión

Nota 11 enero de 2019. "(...) sin evolución favorable por lo que se debe continuar trámite de remisión"

Sobre este punto se precisa que la autorización de la remisión de un paciente es una gestión exclusiva de la EPS.

FRENTE AL HECHO 7. No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al conocimiento que tuvo o debió tener. Ahora bien, en este punto se aclara que la remisión del paciente es un asunto sometido única y exclusivamente a la gestión del asegurador en salud del paciente, razón por la que estas no son autorizadas por las IPS, sino por las EPS, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. 5261 de 1994; por lo que se debe valorar la gestión de la entidad correspondiente,

que sin duda, en caso de hallarla responsable se entenderá acaecida la causal eximente de responsabilidad la ESE Hospital Clarita Santos.

Ahora, frente a lo aludido por la apoderada demandante referente a que *“el paciente tuvo que sufragar el pago del servicio de ambulancia, puesto que la entidad hospitalaria no autorizo este servicio; ni mucho menos autorizo atención médica para su traslado”* se advierte que, tales circunstancias se dieron de ese modo, pues al paciente se le inició el trámite de remisión y antes de que se diera la respectiva autorización para la remisión, el paciente firmó alta voluntaria. Por otro lado, conforme a lo dispuesto en el parágrafo del artículo 2º de la Resolución No. 5261 de 1994 *“Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente:

(...) **PARAGRAFO.** El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo con las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.

Por último, resulta cierto que el señor Alan Dayan Arcos de manera voluntaria optó por no continuar con los servicios médicos prestados por parte de la ESE Hospital Clarita Santos, así se puede comprobar de la orden voluntaria de salida de fecha 11 de enero de 2019, en la que el señor Arcos Latorre hizo constar:

ALTA VOLUNTARIA

FECHA 11/11/19 HORA DE SALIDA _____

NOMBRE DEL PACIENTE Halen Arcos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION 87579991

YO Halen Arcos EN CALIDAD DE Paciente IDENTIFICADO
CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 87579991 DE Sandona

HAGO CONSTAR

Que en el pleno uso de mis facultades mentales he DECIDIDO NO CONTINUAR RECIBIENDO LA ATENCION EN SALUD que en el servicio de URGENCIAS me han venido prestando por conducto de sus medicos y u profesionales de la salud encargados. Que el Hospital Clarita Santos E.S.E ha respetado la decision anterior, autorizando mi salida; previamente me han advertido y he sido informado de las consecuencias que esta decision puede acarrear. El Hospital Clarita Santos E.S.E y el equipo de salud NO se hace responsable de los riesgos eventuales y posibles complicaciones que pudiesen presentarse al producirse el egreso de esta institucion y he podido entender claramente el riesgo de mi conducta.

Por ello asumo completamente y liberalmente la responsabilidad que implica mi RETIRO VOLUNTARIO de El Hospital Clarita Santos E.S.E.

* Halen Arcos
Firma del paciente y/o responsable

CC N° 87579991 de Sandona

Parentesco _____

Armando Buitrago
MEDICO S.S.O.
C.C. 1.085.917.971
R.M.S. 14

Firma del profesional y/o medico encargado

FRENTE AL HECHO 8. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 9. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 10. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 11. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente

acápíte, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 12. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápíte, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 13. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápíte, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 14. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápíte, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado.

FRENTE AL HECHO 15. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápíte, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 16. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápíte, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 17. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 18. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 19. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 20. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 21. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 22. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera,

se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 23. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 24. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 25. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 26. No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. De cualquier manera, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado y circunstancias que ocurren por fuera de las atenciones del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE.

FRENTE AL HECHO 27. NO LE CONSTA a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., en calidad de llamada en garantía, porque no es un hecho propio que pueda negar y mucho menos admitir.

FRENTE AL HECHO 28. No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega. En todo caso se advierte que no obra en el expediente prueba que soporte lo manifestado en este hecho.

FRENTE AL HECHO 29. No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. En gracia de discusión, se observa en el plenario obra copia de los registros civiles de los señores Maria Elizabeth Latorre, Héctor Fidencio Arcos, Marcelo Arcos Latorre y Danilo Fidencio Arcos Latorre.

FRENTE AL HECHO 30. A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por la demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas, debido a que refiere a circunstancias personales de los hoy demandantes. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto. De cualquier forma, se advierte que no obra en el expediente prueba que soporte las manifestaciones contenidas en este hecho.

FRENTE AL HECHO 31. A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por la parte demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. Pese a lo anterior, se observa que la apoderada demandante pretende fundamentar su afirmación con base en una certificación de ingresos emitida en el año 2018, mientras que los hechos que aquí se discuten tuvieron lugar un año después. Aunado a ello, no se aportaron pruebas que respalden el certificado aportado, tales como declaraciones de renta, contratos, cuentas de cobro, transferencias, entre otras.

FRENTE AL HECHO 32. No se trata de un hecho. La apoderada demandante únicamente menciona la prueba pericial allegada, y de la cual se resaltan los siguientes apartes que dan cuenta que en la ESE Hospital Clarita Santos, se brindaron todas las atenciones y servicios en salud requeridos para el manejo de la sintomatología del paciente:

14. Cual es protocolo medico a seguir para la atención de pacientes que presentan signos de compromiso sistémico por desarrollo de SIR (Síndrome de respuesta inflamatoria) y refiera por favor si este protocolo se aplicó en la atención del señor Arcos Latorre.

RESPUESTA: Las guías nacionales e internacionales, enumeran cuales con las medidas para el control del SRIS: 1 - manejo antibiótico temprano, 2 control del foco infeccioso – 3 reanimación hídrica.

4. ¿Hubo o no adherencia a las guías de atención para este tipo de patologías como son ordenar estudios pertinentes para determinar la gravedad y el manejo de la patología, tales como: Hemograma, proteína C reactiva, pruebas de función renal, ecografía de tejidos blandos, glicemia entre otros?

RESPUESTA: En la primera institución se inició el manejo antibiótico, dando espera de respuesta a este en las 48 a 72 horas siguientes, en la segunda institución desde el principio, se inició manejo antibiótico diferente ante la no respuesta y se solicitaron los paraclínicos pertinentes.

3. ¿El tratamiento antibiótico que recibió el paciente Arcos Latorre fue el adecuado?

RESPUESTA: Sí.

17. Se observa que el personal médico del HCLARITA SANTOS DE SANDONA en fecha de 10-01-2019 adicionó a la medicación Metronidazol ampollas. En glúteo izquierdo se evidencia presencia de tumefacción dolorosa. Se describe en el análisis paciente con cambios inflamatorios, sin punto de drenaje, sin secreciones, ¿clínicamente era dable continuarle al paciente manejo antibiótico intrahospitalario?

RESPUESTA: Sí.

FRENTE AL HECHO 33. No es directamente un hecho de la demanda, corresponde al enunciado de uno de los requisitos de procedibilidad ineludible para impetrar el medio de control de reparación directa que hoy nos ocupa. Pese a lo anterior, se puede dilucidar de las documentales allegadas, acta de conciliación extrajudicial del 19 de junio de 2020, expedida por la Procuraduría 35 Judicial II Para Asuntos Administrativos de Pasto.

FRENTE AL HECHO 34. No es directamente un hecho de la demanda. Sin embargo, conforme a la documental que reposa en el expediente es posible corroborar lo afirmado por la apoderada demandante.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DE PRETENSIONES

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por carecer de fundamentos fácticos, jurídicos y probatorios que hagan viable su prosperidad. Las pretensiones dirigidas en contra de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.) HOSPITAL CLARITA SANTOS y el juicio de imputación que se realiza en contra de esta demandada, donde se pretende atribuir una serie de presuntas omisiones, y supuestas falencias, no se encuentra soportada en ninguna prueba mediante la cual se permita, de forma individual o en conjunto, entrever falla alguna y una relación de causalidad (causalidad adecuada) con el daño reclamado.

En efecto, se puede apreciar que no hay evidencia alguna en el plenario que acredite que la conducta, por acción u omisión, desplegada por la E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS haya sido la causa de los supuestos perjuicios que alega la parte de demandante. Es decir, no hay prueba del nexo causal, siendo que esta carga probatoria recae únicamente en cabeza de la parte demandante. La historia clínica deja ver que el señor ALAN DAYAN ARCOS, fue atendido oportunamente por el personal médico del Hospital y conforme se colige del escrito de la demanda, su atención fue ininterrumpida y la prestación del servicio médico estuvo libre de trabas. En tanto, todas las atenciones médicas que requirió el paciente se prestaron a cabalidad durante los 3 días en que estuvo internado en la ESE CLARITA SANTOS.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DENOMINADA “PRIMERO”. (DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD). Me opongo de forma categórica a que se declare a HOSPITAL CLARITA

SANTOS ESE administrativamente, extracontractualmente y solidariamente responsable por todos los daños y perjuicios materiales e inmateriales supuestamente causados a los demandantes, toda vez que, en este caso no se estructuran ni configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad deprecada, estos son: la actuación irregular del HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE, ni la imprescindible relación de causalidad con el daño, pues la imputación endilgada en su contra no se encuentra soportada en ninguna prueba que permita, de forma individual o conjunta, entrever falla alguna y una relación de causalidad con el daño reclamado. En esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido.

Conforme la trazabilidad de la historia clínica se demuestra la continuidad, integralidad y sobre todo oportunidad en la prestación del servicio médico-asistencial, brindado al paciente desde su ingreso, es decir, desde el 8 de enero de 2019 hasta su salida voluntaria efectuada el 11 de enero de 2019. Como podrá comprobarse, el personal sanitario actuó bajo los estándares de la práctica médica, orientados a la curación del paciente mediante un tratamiento antibiótico adecuado para tratar la patología por la cual el accionante ingresó al Hospital Clarita Santos.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DENOMINADA “SEGUNDO”. Abordado lo precedente, de manera general y teniendo en cuenta que la apoderada del accionante desarrolla de forma individual cada uno de los perjuicios que motivan su demanda, procedo a oponerme puntualmente respecto a ellos como sigue:

FRENTE A LA PRETENSIÓN “A. PERJUICIOS MORALES”. Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** al reconocimiento y pago por concepto de perjuicios morales a las personas que integra el extremo activo de la presente litis, ello porque como ya se dijo no existe ni se prueba la responsabilidad extracontractual, ni administrativa, ni solidaria de las codemandadas y porque además los montos solicitados por la apoderada demandante exceden cuantitativamente los baremos monetarios que la jurisprudencia del organismo de cierre de esta jurisdicción, situación que permite evidenciar el ánimo injustificado de lucro detrás de las pretensiones indemnizatorias. Pero además, si bien es cierto que los lazos emocionales, que generalmente siguen a los vínculos de consanguinidad responden al afecto, es posible que la dinámica del relacionamiento de quienes demandan hoy fueren la excepción a esa regla, situación que debe permitirse probar a quienes conforman el extremo pasivo de la disputa, porque la base de indicios sobre los que se funda la fórmula de morigeración tarifada de los pedimentos indemnizatorios por supuesto daño moral de la jurisprudencia de unificación que propone el Consejo de Estado, es una presunción judicial, la cual admite prueba en contrario.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DENOMINADA “B. PERJUICIOS MORALES (LUCRO CESANTE)”.

Al respecto, es preciso destacar frente a los perjuicios de índole patrimonial, en su modalidad de Lucro Cesante consolidado y futuro, que la estimación presentada por la parte actora, no se

encuentra fundada en elementos documentales que permitan acreditar detrimento alguno, ni privación de ingresos; es más, los cálculos realizados por el demandante, parten de una premisa desafortunadamente sin bases, pues debe recordarse que en el libelo introductorio no existe prueba alguna que demuestre que el señor Alan Dayan Arcos desarrollara actividad económica alguna para el momento de los hechos y que por ende este haya dejado de percibir ingreso alguno.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DENOMINADA “C PERJUICIO MATERIAL” DAÑO EMERGENTE.

Me opongo a que se condene al HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE a pagar en favor de los demandantes la suma de \$3.000.000, ni ninguna suma de dinero por concepto de daño emergente porque no existe razón para atribuirle responsabilidad extracontractual de ninguna naturaleza y mucho menos culpa a la IPS asegurada de suyo que la conducta de los facultativos adscritos a dicha IPS en el marco de las atenciones que se reprochan en la demanda no pueden ser presentados, ni enrostrados a dicha IPS como si se tratara de una falla en la prestación del servicio.

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

Por último, y no menos importante, la sintaxis de la pretensión es obtusa, no acata la regla del ordinal 4 del art. 82 del CGP en cuanto a la exigencia de claridad y precisión de la pretensión, pues no se indica en favor de cuál de los demandantes se busca el resarcimiento económico, lo cual era importante porque el extremo activo del litigio está conformado por una pluralidad de sujetos procesales.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DENOMINADA “A TÍTULO DE DAÑO A LA SALUD Y/O DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN”. Me opongo y es completamente improcedente solicitar alguna suma de dinero por este aspecto, teniendo en cuenta que la jurisprudencia reconoce el daño a la salud o fisiológico en un solo concepto, es decir, bajo la denominación de “daño a la salud”, al desaparecer cualquier clase de denominación o rótulo adicional como el daño a la vida en relación en virtud de la jurisprudencia del Consejo de Estado.

Como ocurre en el caso anterior de indemnización de los perjuicios morales, el Consejo de Estado ha definido los presupuestos básicos que deben concurrir para determinar la procedencia del reconocimiento de esta clase de perjuicio. Para el reconocimiento del daño a la salud el Consejo de Estado mediante el Documento Final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2019 por el Consejo de Estado, que estableció los siguientes criterios:

“En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera.

La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y **exclusivamente para la víctima directa**, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, conforme a la siguiente tabla:”

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL	
Gravedad de la lesión	Víctima directa
	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

Extracto: Consejo de Estado, documento final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014, referente a la reparación de perjuicios inmateriales.

Por lo anterior, resulta necesario advertir que es completamente improcedente el reconocimiento y la cuantificación realizada por el accionante en la medida que no es posible asignar responsabilidad a una institución que buscó brindar la atención perita, pertinente y diligente.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DENOMINADA “TERCERA”. ME OPONGO rotundamente a que se condene a cualquier actualización por concepto de sumas de dinero, toda vez que, al no existir fundamentos fácticos ni jurídicos que permitan endilgar el deber de indemnizar, de ninguna manera puede pretenderse con éxito que prospere el reconocimiento de este pedimento, bajo el entendido que, sin sentencia favorable a los intereses de los demandantes, no habrá obligación que cumplir, y mucho menos actualización de sumas que reconocer.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DENOMINADA “CUARTA”. En razón a que nos oponemos a la prosperidad de condena, es claro que resulta congruente el hecho de oposición a que se ordene el cumplimiento de la sentencia que ponga fin a este trámite en los términos pretendidos por el extremo demandante, por lo tanto, al no prosperar la pretensión principal, es decir la declaratoria de responsabilidad perseguida, corre la misma suerte la subsidiaria.

III. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

1. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE SUS ELEMENTOS ESTRUCTURALES - NO HAY FALLA EN EL SERVICIO DE SALUD ATRIBUIBLE A HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE

El deterioro en el estado de salud del señor Alan Dayan Arcos no es atribuible a la entidad demandada, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS. En primer lugar, no se encuentra acreditada la existencia de un hecho dañoso atribuible por acción u omisión a la demandada. En segundo lugar, la mera enunciación de las complicaciones de salud del paciente no acredita la ocurrencia de una conducta antijurídica atribule a la Empresa Social del Estado. En tercer lugar, para que se logre obtener la declaratoria de responsabilidad, es indispensable que se acrediten los elementos esenciales anteriormente mencionados, no obstante, no existe una relación entre el hecho dañoso y la ocurrencia del daño, como más adelante se ahondará.

Máxime, cuando el paciente no arribó en término oportuno a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS, para que los profesionales de la salud, de acuerdo con su conocimiento, estuvieran monitoreando el estado de la infección y síntomas de la enfermedad que presentaba el señor Arcos. De haberlo hecho, muy seguramente no hubiera avanzado de tal forma la sepsis diagnosticada.

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

La responsabilidad civil del Estado se encuentra regulada en el artículo 90 de la Constitución Política, que reza lo siguiente:

Artículo 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, para que se configure la responsabilidad en cabeza del Estado, debe existir una acción u omisión causada por este. Sin embargo, en el caso concreto no se allegaron elementos materiales probatorios que den cuenta ni siquiera de la existencia de un hecho dañoso atribuible a la Empresa Social del Estado. Además, es importante mencionar que cuando por acciones u omisiones se causa injustamente un daño a otro y existe además un factor o criterio de atribución, subjetivo por regla general y excepcionalmente objetivo, que permita trasladar dicho resultado dañoso a quien lo ha generado, surge a su cargo un deber de prestación y un derecho de crédito en favor de la persona que ha sufrido el detrimento. Sin embargo, en el presente asunto no se han configurado los elementos que se requieren para la configuración de dicha responsabilidad, tales como:

- (i) **Daño antijurídico:** El presunto daño que aquí se reprocha es el progreso de la infección padecida por el señor Alan Dayan Arcos, hasta una gangrena de *Fournier* que requirió múltiples manejos quirúrgicos incluyendo colostomía, el cual por ningún motivo podrá atribuírsele a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS. Se reitera, toda vez que no existe relación jurídica con el supuesto hecho que se reprocha en la demanda. Además, es menester indicar desde ya que, si bien puede existir un daño, el mismo no es antijurídico en la medida que no resulta atribuible a la entidad demandada EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS.
- (ii) **Acreditar la existencia de un hecho dañoso:** La conducta reprochada por la parte actora es la supuesta falla en la prestación del servicio, por omisión al no ordenar y/o autorizar remisión prioritaria del paciente a un hospital de mayor nivel, para posiblemente evitar la progresión de la infección que padecía el señor Arcos.
- (iii) **La relación de causalidad entre los dos elementos:** Teniendo en cuenta lo señalado en los dos ítems anteriores, se evidencia que no existe nexo de causalidad porque, en primer lugar, no obran dentro del plenario elementos materiales probatorios tan siquiera sumarios que acrediten que el progreso de la infección padecida por el señor Alan Dayan Arcos se deba a acciones u omisiones adelantadas por el HOSPITAL CLARITA SANTOS. Por el contrario, la historia clínica y la literatura médica antes citada dan cuenta que la atención médico-asistencial brindada al paciente, fue oportuna, adecuada, pertinente y cumpliendo en todo momento los altos estándares de la *lex-artis*.

Al respecto de la necesidad de la acreditación cierta de una relación de causalidad entre la conducta de los demandados, entre ellos la administración y el daño, no es suficiente con demostrar que el daño es antijurídico, en Sentencia del 3 de febrero de 2010, radicación No. 25000-23-26-000-1995-00956-01 (18100) Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera la Consejera Ponente Ruth S. Palacio así lo estableció:

...Valga señalar que, en materia de responsabilidad estatal por fallas en la prestación del

servicio médico asistencial, la decisión favorable a los intereses de la parte demandante no puede ser adoptada con la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse quien dicha actuación no se observó la *lex artis* y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la anti juridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que se surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración y solo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo...

Ahora, se busca determinar si la actuación del hospital fue la causa que provocó el daño en la salud del demandante; se trata entonces de establecer que no existieron otras causas que hayan sido determinantes en el desenlace del paciente y con base en ellos hacer una ponderación de ellas. Sobre este punto se trae a colación una de las conclusiones anotadas en el dictamen pericial aportado con la demanda:

1. *¿Cuáles son las causas por las que una infección puede llegar a desencadenar una gangrena tipo fournier en algunos pacientes?*

RESPUESTA: La principal causa es la localización anatómica al comprometer la fascia superficial, por donde se da la diseminación y el progreso de la enfermedad. Otras causas que pueden influir serían las comorbilidades del paciente y su estado inmunológico.

Pues bien, como ya lo vimos, dichas atribuciones se caen por su propio peso, en la medida que;

- Desde que el paciente evidenció la aparición del absceso, hasta que consultó a la ESE Hospital Clarita Santos pasó más de una semana. Por lo que, si se tiene en cuenta el reproche hecho por parte de la apoderada demandante, el cual consiste en *“la omisión de la oportunidad al paciente de recibir atención intrahospitalaria y de no solucionarse su enfermedad en tiempo”*, debe decirse que, desde la aparición de los primeros síntomas, hasta la atención del paciente en la Fundación San Pedro hubo una evolución en la infección de 11 días, de los cuales 8 acontecieron sin que el señor Arcos buscara atención hospitalaria y tan solo 3 estuvo en cabeza del Hospital Clarita Santos la atención del paciente.

Siendo evidente que el riesgo de complicación de la infección que padecía el paciente, para el momento en que se inició el tratamiento antibiótico de todas maneras ya existía. No obstante, esa circunstancia se originó por haber consultado tardíamente al servicio de medicina.

- El paciente salió 3 días luego de su ingreso al Hospital Clarita Santos, mediante una alta voluntaria, para ir a consultar otro servicio de salud.
- Como reza la historia clínica del paciente, se le brindaron los servicios médicos necesarios en el Hospital Clarita Santos durante los días comprendidos desde su ingreso, es decir 8 de enero de 2019 hasta su salida voluntaria efectuada el 11 de enero de 2019, pues el tratamiento antibiótico que recibió el señor Arcos fue el adecuado para tratar la patología por la cual el accionante ingresó al Hospital Clarita Santos, y así lo reafirma el peritaje adjuntado por la parte demandante:

14. Cual es protocolo medico a seguir para la atención de pacientes que presentan signos de compromiso sistémico por desarrollo de SIR (Síndrome de respuesta inflamatoria) y refiera por favor si este protocolo se aplicó en la atención del señor Arcos Latorre.

RESPUESTA: Las guías nacionales e internacionales, enumeran cuales con las medidas para el control del SRIS: 1 - manejo antibiótico temprano, 2_ control del foco infeccioso – 3 reanimación hídrica.

4. ¿Hubo o no adherencia a las guías de atención para este tipo de patologías como son ordenar estudios pertinentes para determinar la gravedad y el manejo de la patología, tales como: Hemograma, proteína C reactiva, pruebas de función renal, ecografía de tejidos blandos, glicemia entre otros?

RESPUESTA: En la primera institución se inició el manejo antibiótico, dando espera de respuesta a este en las 48 a 72 horas siguientes, en la segunda institución desde el principio, se inició manejo antibiótico diferente ante la no respuesta y se solicitaron los paraclínicos pertinentes.

3. ¿El tratamiento antibiótico que recibió el paciente Arcos Latorre fue el adecuado?

RESPUESTA: Sí.

17. Se observa que el personal médico del HCLARITA SANTOS DE SANDONA en fecha de 10-01-2019 adicionó a la medicación Metronidazol ampollas. En glúteo izquierdo se evidencia presencia de tumefacción dolorosa. Se describe en el análisis paciente con cambios inflamatorios, sin punto de drenaje, sin secreciones, ¿clínicamente era dable continuarle al paciente manejo antibiótico intrahospitalario?

RESPUESTA: Sí.

- Tal y como se mencionó en el dictamen aportado por la parte demandante, conforme a las guías medicas debido al tamaño del absceso del señor Arcos, primero debía realizarse un tratamiento antibiótico y luego sí drenarse, actuaciones que efectivamente fueron realizadas por el Hospital Clarita Santos, situación que puede ser cotejada con las notas de enfermería de fecha 10 de enero de 2019, cuando se intentó el drenaje del absceso.

¿Cuál es la mejor estrategia para el tratamiento de IPTB purulenta?

8. Se recomienda la incisión y drenaje para absceso, carbúnculo, forúnculos grandes (más de 2cm) y quiste epidermoide infectado.

9. Para pacientes con IPTB purulenta asociada a signos de respuesta inflamatoria sistémica, inmunosupresión, absceso de más de cinco centímetros, absceso con celulitis extensa, o recurrente al manejo con incisión y drenaje, se recomienda el inicio de antibiótico oral contra SAMR en adición a la incisión y drenaje.

Extracto: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de las Infecciones de Piel y Tejidos Blandos en Colombia.

- En la historia clínica del Hospital Clarita Santos, obran varias notas de constancia de inicio de trámite de remisión por parte de la ESE, y como la solicitud de dicho trámite se inició una vez se advirtió por parte de la institución médica, que no había una evolución favorable en el estado de salud del señor Arcos Latorre.

4:00 Se realiza curación con supervisión del Dr. Quien verbalmente decide comentar a servicio de III nivel

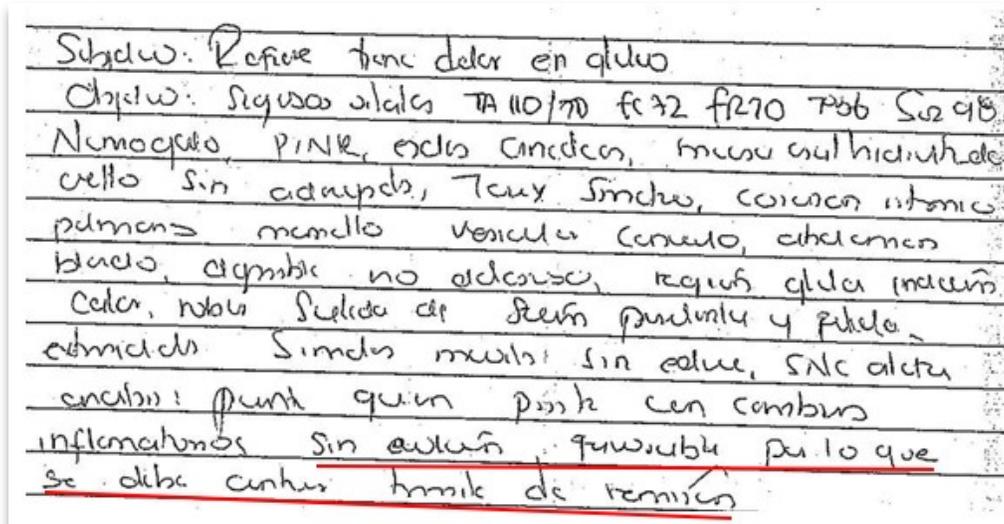
Nota 10 de enero de 2019 (4:00 horas). "Se realiza curación con supervisión del Dr. Quien verbalmente decide comentar a servicio de III nivel"

10-01-19 14:30 Recibo paciente con diagnóstico de Absceso en glándula parotídeo, quien se encuentra en manejo con Oxacilina dic. 2 + Metronidazol dic. 2, quien se evidencia aumento de signos inflamatorios y compromiso de región parotídeo, además con persistencia de PO febriles, por lo que se decide rotar antibiótico a clindamicina (evidencia Gentamicina + Metronidazol), además se inicia trámite de remisión a tercer nivel.

Nota 10 de enero de 2019 (19:30 horas). "(...) se inicia trámite de remisión a tercer nivel"

NOTAS DE ENFERMERÍA
revisión física se observa vena centralizada en miembro superior con catéter heparinizado ya permeable a la administración de medicamentos, pendiente ser confirmado en institución de tercer nivel. SU= TA=110/70 mmHg. Fc=72

Nota 11 de enero de 2019 (7:00 horas). "pendiente ser confirmado en institución de tercer nivel"



Nota 11 enero de 2019. "(...) sin evolución favorable por lo que se debe continuar trámite de remisión"

Lo anterior deja en evidencia cómo siempre se solicitó la remisión del paciente desde el segundo día de hospitalización.

En conclusión, no existe responsabilidad a cargo del HOSPITAL CLARITA SANTOS E.S.E. por no configurarse los elementos de la responsabilidad del Estado. En efecto, no se allegaron elementos materiales probatorios de las supuestas acciones u omisiones atribuibles a la referida Empresa Social del Estado, que supuestamente desencadenaron en el progreso de la infección padecida por el señor Alan Dayan Arcos, hasta una gangrena de Fournier. Por el contrario, las pruebas que militan en el expediente y los criterios médicos traídos a colación dan efectiva cuenta que la atención médica dispensada se realizó conforme a los lineamientos exigidos, las guías médicas y en general la lex artis, sin que se hubiese generado un comportamiento totalmente ajeno a este.

De otro lado y como idea de cierre debemos tener presente que por parte de la E.S.E. demandada, se utilizaron la totalidad de los recursos jurídicos, técnicos, administrativos y financieros y no se escatimó ningún medio científico, médico o profesional, resaltando en este caso la labor de los profesionales de la salud a cargo de las diferentes atenciones, lo que demuestra y denota la ausencia de la falla en el servicio alegada y diluye el elemento de la imputación atribuida, por lo que deberán ser denegadas las pretensiones de la demanda.

2. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTUACIÓN DE LA ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS Y EL DAÑO ALEGADO.

Entre la atención médica desplegada por la E.S.E. y el daño reclamado (muerte) no hay un nexo de causalidad. Lamentablemente el deterioro en el estado de salud del señor Arcos, y la complicación de su infección se originó por un acto exógeno o externo a la atención médica

dispensada, y por la evolución y complicaciones inherentes a su patología. Aunado a la negligencia en cabeza de este al no haber arribado a un centro hospitalario de manera oportuna una vez evidenció la aparición del absceso y los síntomas de la infección.

Con relación al nexo causal, definido por la jurisprudencia como la relación de causalidad existente entre el daño y la acción u omisión atribuible al agente generador del mismo, se tiene que es un elemento naturalístico que permite la estructuración del daño y la consecuente responsabilidad en cabeza del Estado. En Sentencia del 3 de febrero de 2010, radicación No. 25000-23-26-000-1995- 00956-01 (18100) Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejera Ponente Ruth S. Palacio, así lo estableció:

...Valga señalar que, en materia de responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial, la decisión favorable a los intereses de la parte demandante no puede ser adoptada con la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse quien dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la anti juridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que se surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración y solo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo... (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

En atención a la cita expuesta, no hay prueba que indique que el daño reclamado obedezca a la ausencia, omisión, negligencia o falta procedimiento, ya que la historia clínica, documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico registro de los hechos relevantes de la condición de salud y de las actuaciones de los médicos, y los criterios médicos antes expuestos, no permiten entrever una dilación en su atención que resulte adjudicable a la E.S.E. acá demandada.

Amén de lo anterior y para concluir, no se avizora ninguna falla, retardo, negligencia o impericia que fungiese como la causa adecuada del daño que se reclama, pues como lo vimos con suficiencia, i) el paciente consultó por atención médica, luego de 8 días desde la aparición del absceso, ii) la infección del paciente fue tratada inicialmente conforme lo indican las guías médicas (tratamiento antibiótico), iii) la remisión del paciente fue solicitada en debida oportunidad y una vez se advirtió por parte de la institución médica, que su estado de salud no evolucionaba de manera favorable, estando siempre a la espera de respuesta por parte de otras instituciones de salud, así como de la debida autorización por parte de la EPS del paciente, lo anterior dando cumplimiento al sistema de referencia y contra referencia del Ministerio de Salud, y iv) el deterioro en el estado de salud del paciente obedece a complicaciones inherentes de la patología presentada.

Así las cosas, sin determinarse y probarse por parte del extremo demandante, siendo su deber,

cuál fue la intervención médica u omisión que se censura y que hubiese desencadenado el daño reclamado, deberán negarse, sin duda, las pretensiones erigidas, pues ante la orfandad probatoria, son muy pocas las posibilidades de que se emita una decisión en contrario por parte del despacho.

3. LAS OBLIGACIONES MÉDICAS SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

El fundamento de esta excepción ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio y no de resultado, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

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

Así mismo, el Consejo de Estado, en sentencia del 13 de noviembre de 2014, se pronunció en de la siguiente forma:

(...) En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, **al comportar la actividad médica una obligación de medio**, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio. ²Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, existe un criterio unánime que explica que, la regla general, es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, ahora resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, el Consejo de Estado ha sido claro al establecer:

(...) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdece que **el servicio se desarrolló diligentemente; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad**, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño (...)"

(...) se limita a **demostrar que su conducta fue diligente** y que el daño sufrido por la

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

² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 13 de noviembre de 2014. CP. Ramiro Pazos Guerrero, Expediente 31182.

víctima no fue producto de inatención o de atención inadecuada; ello implica, finalmente, deducir que el riesgo propio de la intervención médica, que no permiten que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentaron y fueron los causantes del daño. Por tal razón, se ha dicho que la prueba de la ausencia de culpa no puede ser nunca en realidad una prueba perfecta, en la medida en que lo que se evidencia, mediante la demostración de la diligencia y el adecuado cumplimiento de las obligaciones en la entidad médica, **es simplemente que el daño no ha tenido origen en su falla**, sin que tenga que demostrarse exactamente cuál fue la causa del daño recibido por el paciente, pues si se exigiera esta última demostración, se estaría pidiendo la demostración de una causa extraña, que es la causal de exoneración propia de los regímenes objetivos de responsabilidad³.(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el caso de autos, y tomando en cuenta los criterios jurisprudenciales que se esbozaron anteriormente, las obligaciones médicas adquiridas por el Hospital Clarita Santos, a través de su cuerpo médico profesional, son obligaciones de medio y no de resultado. Es por ello, que en ninguna medida sus actuaciones pueden garantizar un resultado determinado, pero sí pueden probar en debida forma que las mismas se sujetaron a los más altos estándares médicos, mostrando un alto grado de diligencia y cuidado en sus actividades.

Aunado a lo anterior, los médicos adscritos al Hospital Clarita Santos mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. Debe ponerse de presente que el galeno no puede comprometer un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra sujeta dicha actividad, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

De esta manera, siendo el médico deudor de una obligación de cuidado o diligencia, su responsabilidad se verá comprometida cuando quede patente el incumplimiento de su prestación, que se materializa en la falta de tal diligencia o actividad comprometida, situación que no ocurrió de tal manera en el caso que nos compete. Cabe mencionar que acreditar tal incumplimiento es una carga probatoria que solo le incumbe a la parte que pretende resarcirse de los supuestos daños ocasionados. En el caso de autos, dicho incumplimiento no se acredita en debida forma, por cuanto el cuerpo médico adscrito al mencionado hospital siempre obró con los más altos estándares médicos, de manera oportuna, perita y diligente.

En este punto se recuerda que las IPS tienen como objeto social la prestación de servicios de salud, pero están autorizadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Resolución 1441 de 2013. Las IPS se han clasificado, conforme a la naturaleza jurídica, en públicas, privadas y mixtas, pero solo para las públicas existe una categoría de acuerdo con el nivel complejidad de las instituciones que oscila entre 1, 2 y 3. La clasificación de prestadores por niveles de complejidad nace con la Ley 10 del 10 de enero de 1990, donde se estableció la responsabilidad

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de abril de 1997. CP. Carlos Betancourt Jaramillo, Expediente 9467.

para los departamentos y municipios para la prestación del servicio público de salud, de acuerdo con tres niveles de atención.

En el caso particular, tenemos el primer nivel de complejidad asignado para el HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONÀ, según el Decreto 1760 del 2 de agosto de 1990 que reglamentó la ley antecitada, y estableció que las entidades de tercer nivel ofrecían atención por personal especializado y sub especializado, de más alta complejidad que del I y II y cobertura de atención de patologías o fenómenos que lo justifiquen y como apoyo a los dos primeros niveles de complejidad, como se expresó en el Decreto 1760 de 1990.

Así pues, igualmente se dio que la prestación del servicio de primer nivel se da en virtud de la subsidiariedad, que según la Ley 10 de 1990 significa lo siguiente:

Artículo 3: Principios básicos. (...)

d) Subsidiariedad. Las entidades públicas responsables de la prestación de servicios de salud en determinado nivel de atención, pueden prestar, transitoriamente, servicios correspondientes a niveles inferiores, cuando las entidades responsables de estos últimos, no estén en capacidad de hacerlo por causas justificadas, debidamente calificadas por el Ministerio de Salud, o la entidad en la cual éste delegue la calificación, conforme a lo previsto en la presente ley;

Sin embargo, los hospitales de primer nivel evidentemente tienen limitaciones y no puede acceder a las herramientas y dispositivos que facilita un centro asistencial de mayor nivel de complejidad, y, por lo tanto, es improcedente exigir prestaciones que desborde su capacidad. Máxime que, desde el ingreso del paciente, se indicó la remisión de este.

Por todo lo esgrimido anteriormente, aclarado que la prestación del servicio prestada por la ESE Hospital Clarita Santos fue diligente y oportuna, ajustada a su nivel de complejidad y que no es posible exigirse una atención especializada más allá de la que contaba, de cara a sus medios de complejidad, pero con sus limitaciones, atendiendo al principio de subsidiariedad, por lo que desde el ingreso del señor Arcos se advirtió la necesidad de remisión del paciente, la cual no se dio por causas ajenas al HCS, por lo que solicito al Honorable Juez calificar la actuación surtida por dicha institución en consideración a los recursos tecnológicos y humanos que la misma ley le brindó y declarar probada esta excepción.

4. CAUSA EXTRAÑA COMO CAUSAL EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD – CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA Y HECHO DE UN TERCERO.

Ante la contundencia de los hechos expuestos y el soporte probatorio que obra en el expediente, nos encontramos ante la configuración de dos causales eximentes de responsabilidad que concurren en la generación de un daño, y, que, por lo tanto, de ninguna manera es posible llegar a establecer algún tipo de responsabilidad por los presuntos daños causados a la paciente a cargo

del Hospital Clarita Santos de Sandoná. Bajo el entendido, que: (i) el paciente obro negligentemente al consultar al servicio de urgencias una semana después que comenzó a sentir los síntomas del absceso. (ii) el encargado de tramitar y autorizar la remisión es el asegurador en salud del paciente. Tal circunstancia se enmarca en la causal eximente de responsabilidad del hecho de un tercero como configuración de causa extraña.

Ampliando lo anterior, se precisa:

HECHO EXCLUSIVO DE LA VÍCTIMA:

Frente a la responsabilidad del daño que se imputa a los demandados, resulta necesario traer a colación que el paciente tiene responsabilidad sobre esto, teniendo en cuenta que fue negligente con el propio trato de la sintomatología:

- Desde que el paciente evidenció la aparición del absceso, hasta que consultó a la ESE Hospital Clarita Santos pasó más de una semana.
- El paciente salió 3 días luego de su ingreso al Hospital Clarita Santos, mediante una alta voluntaria, para ir a consultar otro servicio de salud.

Por lo anterior, es evidente que el riesgo de complicación de la infección que padecía el paciente, para el momento en que se inició el tratamiento antibiótico de todas maneras ya existía. No obstante, esa circunstancia se originó por haber consultado tardíamente al servicio de medicina.

HECHO DE UN TERCERO:

Finalmente, se debe tener en cuenta que en la remisión del paciente era un asunto sometido única y exclusivamente a la gestión del asegurador en salud de la paciente, por lo que se debe valorar la gestión de la entidad correspondiente, que sin duda, en caso de hallarla responsable se entenderá acaecida la causal eximente de responsabilidad del Hospital Clarita Santos.

Es por lo anterior, que en últimas nos encontramos ante un caso donde el presunto daño que se pretende resarcir con este medio de control se generó por culpa exclusiva de la parte demandante y/o del Asegurador en salud del señor Alan Dayan Arcos Latorre.

Con base en lo expuesto solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

5. AUSENCIA DE PRUEBA DEL SUPUESTO PERJUICIO Y EXAGERADA TASACIÓN DE ESTOS

Frente al lucro cesante

Al respecto, es preciso destacar frente a los perjuicios de índole patrimonial, en su modalidad de Lucro Cesante consolidado, que la estimación presentada por la parte actora, no se encuentra fundada en elementos documentales que permitan acreditar detrimento alguno, ni privación de ingresos; es más, los cálculos realizados por el demandante, parten de una premisa desafortunadamente sin bases, pues debe recordarse que en el libelo introductorio no existe prueba alguna que demuestre que el señor Alan Dayan Arcos desarrollara actividad económica alguna para el momento de los hechos y que por ende este haya dejado de percibir ingreso alguno; la apoderada demandante pretende fundamentar su afirmación con base en una certificación de ingresos emitida en el año 2018, mientras que los hechos que aquí se discuten tuvieron lugar un año después. Aunado a ello, no se aportaron pruebas que respalden el certificado aportado, tales como declaraciones de renta, contratos, cuentas de cobro, transferencias, entre otras.

Es importante aclarar que el Honorable Consejo de Estado en la actualidad, **NO ADMITE PRESUNCIÓN ALGUNA** respecto a los ingresos de una persona. Así lo determinó la Sección Tercera de la Corporación en Sentencia del 18 de julio de 2019, Consejero Ponente: Carlos Alberto Zambrano Barrera, expediente No. 73001-23-31-000-2009-00133-01 (44572), Actor: Orlando Correa Salazar y otros, Demandado: Nación-Rama Judicial y otros, en la que indicó:

“...Su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante. Por concepto de lucro cesante sólo se puede conceder lo que se pida en la demanda, de forma tal que no puede hacerse ningún reconocimiento oficioso por parte del juez de la reparación directa; así, lo que no se pida en la demanda no puede ser objeto de reconocimiento alguno. Todo daño y perjuicio que el demandante pida que se le indemnice por concepto de lucro cesante debe ser objeto de prueba suficiente que lo acredite o, de lo contrario, no puede haber reconocimiento alguno (artículos 177 del C. de C. de P.C. y 167 del C.G.P)”

Para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido lo siguiente:

(...) en cuanto perjuicio, **el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual.** (...) Vale decir **que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afina en una situación real, existente al momento del evento dañino, condiciones estas que, justamente,**

permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente (...) Por último están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así pues, esta modalidad de daño patrimonial puede definirse como **una cesación de pagos, una ganancia o productividad frustrada ya sea de un bien comercialmente activo o de una persona que haga parte del mercado laboral de forma dependiente**, liberal o como una empresa unipersonal. Valga decir que **cuando se habla de una ganancia o utilidad frustrada, no puede basarse esta en una mera expectativa, sino en una utilidad razonablemente esperada en razón de una ocupación productiva permanente de un bien o persona en razón a su proyección personal o comercial**, de la que se deduzca sin duda alguna, que antes de producirse el daño que le deja cesante, se ocuparía productivamente en algo que le generaría una renta o utilidad.

Es evidente que la parte actora quiere sacar provecho de las complicaciones causadas por el mismo paciente, pues no hubo esmero en la acreditación de los recursos que supuestamente recibiría, ni la razón de ahora porque no, para cumplir con los criterios jurisprudenciales de certeza y racionalidad. En consecuencia, se trata de una mera especulación carente de sustento que atenta contra el carácter cierto del perjuicio, y, por tanto, no puede presumirse valor alguno para indemnizar el lucro cesante solicitado por la parte demandante.

Entonces, dado que se trata de un evento sin prueba, no podrá ser reconocido, porque el mismo no presenta las características de certeza, cuantificación, ser directo y personal.

Frente al daño emergente

El daño emergente ha sido desarrollado jurisprudencialmente como la tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos. Sin embargo, para la procedencia del reconocimiento de estos **resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso**, carga que le asiste al reclamante de los perjuicios. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor, no consta en el acervo probatorio ningún soporte que permita validar que los demandantes sufragaron gastos en las cuantías pretendidas, y, que estas se encuentren directamente relacionadas con los hechos objeto de debate.

CAPÍTULO II

CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS.

I. FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO 1. No es un hecho que dé base a la presente convocatoria, se trata del mero enunciado del medio de control de reparación directa promovido por ALAN DAYAN ARCOS Y OTROS contra ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS Y OTRO bajo partida 2021-00068 y que cursa actualmente en su Despacho.

FRENTE AL HECHO 2. Es cierto. Entre la Empresa Social del Estado Hospital Clarita Santos y la compañía de seguros Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., se suscribió un contrato de seguro de Responsabilidad Civil documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 cuya vigencia corrió desde el 01 de febrero de 2017 hasta el 01 de febrero de 2022 desde al anexo 0 al 5, con el objeto de amparar, entre otros, la responsabilidad civil profesional médica en la que incurriera la E.S.E. Hospital Clarita Santos.

FRENTE AL HECHO 3. Es cierto. La Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031, tiene como amparos contratados los siguientes:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA		20,000,000.00

FRENTE AL HECHO 4. No es cierto. La vigencia de la Póliza de Responsabilidad Civil y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 con todos sus anexos (desde el 0 al 5), corrió desde el 01 de febrero de 2017 hasta el 01 de febrero de 2022. Así mismo, dentro del amparo de responsabilidad civil institucional contratado, se estableció la suma máxima de \$500.000.000 Pesos M/cte, sin embargo, la misma se encuentra sujeta a la disponibilidad de la suma asegurada, pues la misma puede verse reducida con el pago de otros eventos.

También se pactó un deducible, que corresponde a la fracción o porcentaje de pérdida que debe asumir eventualmente el asegurado, en los siguientes términos: “10.00% del valor de la pérdida mínimo: 5.00 SMMLV”. Como se observa en la carátula de la póliza:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA; 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

FRENTE AL HECHO 5. No es cierto. La responsabilidad de la compañía aseguradora no opera de manera automática, sino que, por el contrario, la cobertura de la Póliza de Responsabilidad Civil y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 está sujeta a los amparos, a las condiciones que regulan su extensión y alcance, a las causales de exoneración, a los límites asegurados, al deducible pactado, etc, de tal suerte, que cualquier pronunciamiento debe sujetarse a tales condiciones contractuales, ya que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumpla la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esta que es la realización del riesgo asegurado.

Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, tal como ocurre en este caso, en el que la compañía de seguros que represento expresamente excluyó de amparo, los siguientes perjuicios de orden material e inmaterial: "2.16. LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA".

Por tal motivo, en el evento de que se llegue a considerar por parte del despacho que la obligación de la compañía de seguros sí surgió, ruego se tenga en cuenta el límite del valor asegurado (\$500.000.000 Pesos M/cte) y el deducible que en todos los casos lo debe asumir el asegurado, como porción o fracción de la eventual pérdida.

I. FRENTE A LA AUSENCIA DE PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En este punto, téngase en cuenta que verificado el escrito de llamamiento en garantía se evidencia que, en el mismo no se encuentra consignada una sola pretensión declaratoria o condenatoria en contra de la aseguradora que represento, por lo que no hay lugar al reconocimiento de pretensiones que claramente no fueron solicitadas en la oportunidad procesal correspondiente. En ese sentido, es necesario señalar que el principio de congruencia es la regla del derecho procesal, en virtud del cual el juez se encuentra obligado a que sus decisiones sean concordantes con los hechos y pretensiones que se presentan en los escritos que se elevan ante los despachos. Razón por la cual, el juez no podrá ordenar el pago de suma alguna en cabeza de mi representada. cuando es claro que el llamante en garantía en ningún momento solicitó la afectación de la póliza de seguro emitida por mi representada.

No obstante, lo anterior, si llegare a surgir la necesidad de resolver lo concerniente a la relación sustancial que sirve de base a la convocatoria que se hizo respecto de mi representada, pese a la

evidente inexistencia de una falla del servicio, me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en la Póliza de Responsabilidad Civil y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 cuya vigencia corrió desde el 01 de febrero de 2017 hasta el 01 de febrero de 2022 desde al anexo 0 al 5. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto por el Código de Comercio Colombiano.

1. EL DAÑO MORAL, DAÑO A LA SALUD Y EL LUCRO CESANTE RECLAMADOS POR LOS DEMANDANTES SE CONSTITUYEN EN PERJUICIOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y CENTROS MÉDICOS No. 436-88-994000000031.

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del contrato de seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. Aterrizando la anterior teoría al caso de marras, encontramos que las partes del contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031, pactaron expresamente en el numeral 8 del condicionado particular, que los riesgos expresamente excluidos figurarían en el condicionado general y particular de la póliza, como se observa:

2. EXCLUSIONES

SE EXCLUYEN DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA LAS RECLAMACIONES QUE TENGAN ORIGEN O SE DERIVEN DE:

(...)

2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.

Así las cosas, teniendo en cuenta que, en el presente caso, parte de los perjuicios reclamados por los demandantes es de orden inmaterial tal como se extrae de la lectura del acápite de pretensiones, claro resulta que el mismo se encuentra expresamente excluido en la póliza por medio de la cual fue vinculada mi representada, conforme al numeral 2.16 de la cláusula general de exclusiones, antes visto. Lo anterior, en la medida que dicha póliza solo se dispuso a cubrir el daño emergente en que incurra el asegurado, más no las demás modalidades de perjuicios

materiales e inmateriales previstos en nuestro ordenamiento jurídico, tal como se desprende de la lectura del numeral 1 del condicionado general, denominado (Amparo Básico):

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

Respecto a las exclusiones de la póliza, el Honorable Consejo de Estado-Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera Ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, en sentencia del 27 de mayo de 2022, precisó lo siguiente:

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

En los anteriores términos, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción contencioso-administrativa, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. Razón por la cual, es menester insistir que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-99400000031 contempla una exclusión que ruego sea decretada por el despacho, esta es, la prevista en el numeral 2.16 del condicionado general, denominada “exclusiones”, la cual, se encuentra debidamente configurada, conforme a la explicación antes dada.

Por lo anterior, solicito comedidamente se aplique la anterior exclusión de la póliza por encontrarse plenamente acreditada. Sumado a ello, se anuncia como idea de cierre que no podrá existir responsabilidad en cabeza de la compañía aseguradora, como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

2. NO SE HA CONFIGURADO SINIESTRO A LA LUZ DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 436- 88-99400000031 Y POR TANTO NO ES EXIGIBLE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA ASEGURADORA.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-

994000000031 cuya vigencia corrió desde el 01 de febrero de 2017 hasta el 01 de febrero de 2022 desde al anexo 0 al 5. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, luego que para justificar sus pretensiones el actor no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños inmateriales sufridos.

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone esta excepción toda vez que, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. no está obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las condiciones generales documentadas en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 cuya vigencia corrió desde el 01 de febrero de 2017 hasta el 01 de febrero de 2022 desde al anexo 0 al 5, el amparo que se pretende afectar con la presente acción se pactó así:

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

De conformidad con lo anterior, se evidencia que el riesgo asegurado en el contrato de seguros en comento no es otro que la “Responsabilidad Civil Médica” en que incurra la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS, asegurado de acuerdo con la legislación colombiana. Dicho de otro modo, el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 cuya vigencia corrió desde el 01 de febrero de 2017 hasta el 01 de febrero de 2022 desde al anexo 0 al 5, entrará a responder, si y solo sí, el asegurado, en este caso EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS, es declarado patrimonialmente responsable por los daños irrogados a “terceros” y siempre y cuando no se presente una causal de exclusión u otra circunstancia que enerve los efectos jurídicos del contrato de seguro. Así las cosas, esa declaratoria de responsabilidad Civil Contractual constituirá el “siniestro”, esto es, la realización del riesgo asegurado (Art. 1072 del C.Co.).

Por otra parte, se debe recordar que en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 cuya vigencia corrió desde el 01 de febrero de 2017 hasta el 01 de febrero de 2022 desde al anexo 0 al 5 se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determina que en el seguro de responsabilidad, la cobertura podrá circunscribirse a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación. Igualmente, la norma indica que es posible definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad, siempre y cuando la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no podrá ser inferior a dos años.

Fue así como en este caso, las partes concertaron y determinaron desde un principio el ámbito temporal de la cobertura de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 cuya vigencia corrió desde el 01 de febrero de 2017 hasta el 01 de febrero de 2022 desde al anexo 0 al 5, en los siguientes términos:

MODALIDAD
=====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA : CLAIMS MADE
- R C PROFESIONAL MÉDICA DURANTE TRANSPORTE EN AMBULANCIA: CLAIMS MADE
- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: BASE OCURRENCIA

5. RETROACTIVIDAD
=====

LA RETROACTIVIDAD SERÁ AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO NO SE TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

Teniendo como base el ámbito de la cobertura otorgada, se resalta que durante la vigencia de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 anexo 3, cuya vigencia corrió desde el 01 de febrero de 2020 hasta el 01 de febrero de 2021, se formuló la primera reclamación por escrito al asegurado, sin embargo, es menester indicar que para su afectación se debe previamente demostrar que se realizó el riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida, el cual está sujeto, a las exclusiones pactadas, a los límites asegurados, a los deducibles pactados, a las demás condiciones particulares y generales de la póliza y a las disposiciones que rigen el contrato de seguro.

Se concluye, que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado por la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031, que sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la Aseguradora.

3. EN EL EVENTUAL E HIPOTÉTICO CASO QUE SE LLEGUE A DETERMINAR RESPONSABILIDAD ALGUNA EN LA REMISIÓN DEL PACIENTE, ESTE NO

CORRESPONDE A UN RIESGO ASUMIDO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

Esta excepción se sustenta en que mi representada sólo está obligada a responder por el riesgo amparado, al tenor de las obligaciones expresamente estipuladas en las pólizas, luego no puede entenderse comprometido al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados por el tomador.

El objeto del contrato de seguro documentado en la Póliza responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 436-88-99400000011 según su condicionado es *amparar el daño emergente que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados deban indemnizar a terceros como consecuencia de la responsabilidad civil profesional médica institucional por la que sean declarados responsables, por lesiones corporales causadas, como consecuencia directa de **errores u omisiones en la ejecución de un acto médico** realizado durante la prestación de los servicios profesionales de atención de la salud que le corresponden a la institución, por los médicos, enfermeras(os) y personal auxiliar vinculados a ella mediante relación laboral o con autorización escrita expresa y, siempre y cuando éstos hayan actuado dentro de la especialidad para la cual se encuentran debidamente habilitados.*

No obstante, en caso de llegarse a determinar algún tipo de responsabilidad en la remisión de la paciente a cargo del Hospital Clarita Santos, tal situación no corresponde a un riesgo asumido por mi representada, pues el trámite de remisión corresponde a una gestión meramente administrativa, y no propiamente a un *acto médico*.

En este punto vale la pena resaltar la exclusión: **RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA**, y si revisamos el desarrollo del reproche central de la controversia planteada por la apoderada demandante, la supuesta falla en la prestación del servicio de salud consiste, a su entender, en la no remisión prioritaria para posiblemente evitar la progresión de la enfermedad del paciente.

Las autorizaciones de los procedimientos en salud se identifican, en el marco de la normativa de salud en Colombia generalmente como un trámite requerido para la realización de un acto médico que puede tener un propósito diverso, de diagnóstico, de tratamiento o simplemente de dispensación. La normatividad existente en Colombia sobre el trámite de autorizaciones está descrita en un sinnúmero de legislaciones decreto 4747, Decreto-ley 019, resoluciones 3047, 4331, 1552, 3099, entre otras, y todas estas definiciones, en común tienen que describen el procedimiento de autorización como un trámite, o etapa de la atención de orden puramente administrativo ya que no tiene connotación de praxis científica, pues una autorización solo es la orden emitida por el asegurador (que no es ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA O.C. sino el promotor de salud), o encargarlo de pagar por los servicios suministrados al paciente afiliado para que se le preste un servicio de salud y con cargo de responsabilidad económica principal en él.

Por lo anterior, si se llegare a probar que la compilación de salud del señor Alan Dayan Arcos se dio en alguna medida, como consecuencia de la oclusión o tardanza en la autorización del trámite de remisión, o en su negación, y más aún, si en dicho trámite administrativo hubieren obligaciones para el HOSPITAL CLARITA SANTOS ESE que hubiere desatendido o demorado, no podrá esta IPS buscar amparo ni respaldo económico en ninguno de los amparos de la Póliza por cuanto tal circunstancia se previó como una exclusión en virtud de la prerrogativa legal con que las compañías aseguradoras cuentan para asumir uno o más riesgos y de delimitar dicha asunción a través de la implementación de garantías, amparos detallados y exclusiones.

Ahora bien, tal como lo señala el Artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

“(…) Art. 1056.- Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”.

En virtud de la facultad citada en el referido artículo, el asegurador decidió otorgar determinados amparos, siempre supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, e incorpora en la póliza determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente como exclusiones de la cobertura.

Al respecto vale la pena que el Juez al momento de adoptar una decisión tenga en cuenta, entre otras principalmente la siguiente exclusión que fue pactada de manera detallada en el seguro y que están indicadas en el clausulado general de la siguiente manera.

8. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES, SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

- ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.
- RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO O EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTÉTICAS, INCLUYENDO LIPOSUCCIÓN O LIPOESCULTURA, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.
- RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SÚPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.
- RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.
- RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.
- RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
- RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DE DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), SERVIDORES PÚBLICOS, RC DE AUTOMOTORES, ETC.
- RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS EN TABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE ESQUITAR EN COLOMBIA.
- RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/O OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

Se tiene claro entonces que, dentro del objeto de la cobertura del amparo, NO fue analizado como parte de la órbita del riesgo asegurado ya que el hecho del traslado no comporta un acto médico, la responsabilidad en que incurra el asegurado con ocasión de los traslados o remisiones, sino simplemente de la atención o servicio médico que preste la institución médica Hospital Clarita Santos.

4. EXISTENCIA DE DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 436-88-99400000011.

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS** y, en este caso para la póliza, se pactó en el **10.00% del valor de la pérdida mínimo 5 SMMLV**, cómo se observa:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA; 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

El deducible, está legalmente permitido y se encuentra consagrado en el artículo 1103 del Código de Comercio, el cual reza que: *“(...) Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)”*.

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro. Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CLARITA SANTOS le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo con lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable de pagar la indemnización a la parte actora en virtud de la aplicación del contrato de seguro, es de suma importancia que el honorable juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible expuesta anteriormente.

5. LÍMITES MÁXIMOS ESTABLECIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 436-88-99400000011.

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se estableció

un límite de QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$500.000.000) como máximo, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada: **“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA.** *El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.*

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

Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización⁴ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin el ánimo de que implique reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 anexo 0, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA		20,000,000.00

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

Este valor se encontrará disponible de acuerdo con los siniestros que se hayan materializado en la vigencia de la Póliza. Lógicamente este valor se va reduciendo con cada siniestro pagado judicial o extrajudicialmente. Lo anterior significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la responsabilidad de la aseguradora se limita a dicha suma.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el contrato de seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el despacho en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

6. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo.

De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización.

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

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

En tal sentido, el artículo 1127 del Código de Comercio estableció lo siguiente: *“El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud,*

se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado(...)"

Ahora bien, es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización. Lo anterior, ya que no es admisible la presunción en esa materia. De manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traduciría en un lucro indebido, situación que se configuraría en el evento en el que se concedan las pretensiones de la demanda.

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

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

7. PAGO POR REEMBOLSO Y DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Se solicita al honorable Juez que, en caso de encontrar responsable al asegurado y de existir obligación resarcitoria en cabeza de mi representada, respetuosamente se manifiesta que el pago sea realizado por reembolso y no por pago directo.

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

8. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

9. GENÉRICA O INNOMINADA

En aplicación del artículo 282 del Código General del Proceso, solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo del Distrito Especial de Santiago de Cali y por deducción jurídica de mí prohijada, y que pueda configurar otra causal que las exima de toda obligación indemnizatoria.

CAPÍTULO III

FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA PARTE DEMANDANTE

- FRENTE AL DICTAMEN PERICIAL

La parte demandante aporta un dictamen pericial expedido por la doctora Isabel Cristina Herrera Moncada, medica cirujana, docente Universitaria y Perito CENDES; Por tanto, desde este momento solicito comedidamente que la doctora Isabel Cristina Herrera sea citada a audiencia de pruebas. Lo anterior, a efectos de ejercer de manera adecuada los derechos de defensa de mi representada y en ese sentido, efectuar la correspondiente contradicción del Dictamen en los términos del artículo 228 del C.G.P. que regula tal contradicción y que a su tenor literal reza:

(...) Contradicción del dictamen: **La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá solicitar la comparecencia del perito a la audiencia, aportar otro o realizar ambas actuaciones. Estas deberán realizarse dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado** o, en su defecto, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la providencia que lo ponga en conocimiento. En virtud de la anterior solicitud, o si el juez lo considera necesario, citará al perito a la respectiva audiencia, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen. La contraparte de quien haya aportado el dictamen podrá formular preguntas asertivas e insinuantes. Las partes tendrán derecho, si lo consideran necesario, a interrogar nuevamente al perito, en el orden establecido para el testimonio. Si el perito citado no asiste a la audiencia, el dictamen no tendrá valor. (...)

Por lo expuesto, comedidamente para efectos de contradicción solicito la comparecencia del profesional que elaboró el dictamen aportado.

- **RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS**

El artículo 262 del Código General del Proceso faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar que esta disposición establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo:

*“(…) Artículo 262. Documentos declarativos emanados de terceros. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, **salvo que la parte contraria solicite su ratificación (…)**”*

Entonces, cabe resaltar que Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo.

En tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras ésta no solicite y obtenga su ratificación, de manera enunciativa indico los siguientes:

- Certificado de ingresos laborales percibidos por el señor Alan Dayan Arcos Torres expedido por contador público Nivaldo Argemiro Rivera Pastuzan.

CAPÍTULO IV
PRUEBAS

- **DOCUMENTALES**

Solicito se tengan como tales las siguientes:

1. Copia de la Carátula y el Clausulado general y particular de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000031 anexos 0 al 5.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Con fundamento en el artículo 198 del Código General del Proceso, solicito señor juez, citar y hacer comparecer a los demandantes para que absuelvan interrogatorio de parte sobre los

hechos de la demanda, cuestionario que presentaré el día de la diligencia. Estos podrán ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

- **TESTIMONIALES**

Adicionalmente ruego respetuosamente al despacho se me permita realizar las preguntas que considere pertinentes, dentro de los parámetros establecidos en la ley para tal fin, a los testigos solicitados por la parte demandante y por la parte demandada. Lo anterior con la finalidad de contribuir con el esclarecimiento de los hechos que requieran apoyo en la declaración de los terceros.

CAPÍTULO IV
ANEXOS

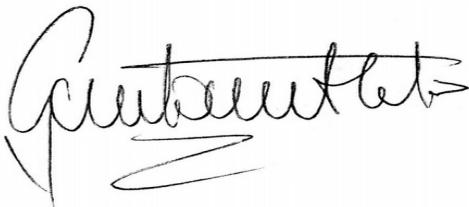
1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
3. Original del poder que me faculta para actuar como apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**

CAPÍTULO V
NOTIFICACIONES

La parte convocante, en el lugar indicado en el escrito de demanda.

El suscrito en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No.19.395.114 de Bogotá D.C.

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361020565

PÓLIZA No: 436 -88 - 99400000031 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGE: 436 RAMO: 88 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 09 02 2017 01 02 2017 23:59 01 02 2018 23:59 365 04 09 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
 01 02 2017 23:59 01 02 2018 23:59 365
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**
 DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**
 DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **SANDONÁ**
 DIRECCION: **CALLE 9 NO. 3-39**
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		20,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA; 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
 NIT 891200248 - E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

1. OBJETO DEL SEGURO:
 =====

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

2. INFORMACION BASICA
 =====

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****7,844,730	GASTOS EXPEDICION: \$****15,001.00	IVA: \$ ****1,493,349	TOTAL A PAGAR: \$ *****9,353,080
--	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
SANDRA PATRICIA MONTENEGRO CALVACHE	8012	100.00			

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000436102056 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
 CADB26790F0DFC7B59 CLIENTE JCAICEDO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

TOMADOR: E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA I NIVEL
ASEGURADO: E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA I NIVEL
DIRECCIÓN: CALLE 9 NO. 03 - 39 BARRIO MELÉNDEZ, SANDONA - NARIÑO
BENEFICIARIOS: ASEGURADO / TERCEROS AFECTADOS

3. INFORMACION ECONOMICA =====

LIMITE ASEGURADO BÁSICO: COL \$500.000.000 LIMITE AGREGADO VIGENCIA.
SUBLIMITE GASTOS DE DEFENSA: \$100.000.000.OO
VIGENCIA DE LA PÓLIZA: DOCE (12) MESES

4. COBERTURAS =====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
- R C PROFESIONAL MÉDICA DURANTE TRANSPORTE EN AMBULANCIA
- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

VR. ASEGURADO =====

\$500.000.000

LIMITE DE COBERTURA =====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: 100%
- R C PROFESIONAL MÉDICA DURANTE TRANSPORTE EN AMBULANCIA: SUBLIMITE AL 100%
- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: SUBLIMITE AL 100%

DEDUCIBLE =====

10%, MÍNIMO \$3.500.000

MODALIDAD =====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA : CLAIMS MADE
- R C PROFESIONAL MÉDICA DURANTE TRANSPORTE EN AMBULANCIA: CLAIMS MADE
- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: BASE OCURRENCIA

4.1. AMPAROS ADICIONALES =====

COBERTURA: HONORARIOS DE DEFENSA
VALOR ASEGURADO: \$20.000.000 PROCESO
LIMITE DE COBERTURA: SUBLMITE DEL BÁSICO.
SIN DEDUCIBLE.

COBERTURA: COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES
VALOR ASEGURADO: \$10.000.000
LIMITE DE COBERTURA: SUBLIMITE DEL BÁSICO.
SIN DEDUCIBLE.

COBERTURA: COSTAS DEL PROCESO
LIMITE DE COBERTURA: SUBLIMITE DEL BÁSICO.
SIN DEDUCIBLE

COBERTURA: EXTENSIÓN PERÍODO DE RECLAMACIONES/RC PROF MEDICA / GASTOS DEFENSA.
12 MESES, CON COBRO DEL 100% DE LA PRIMA ANUAL.

COBERTURA: RC GENERAL INDIRECTA DE MÉDICOS ADSCRITOS Y CONTRATISTAS.
SUBLMITE DE 30% DEL BÁSICO.
SIN DEDUCIBLE.
MODALIDAD: BASE OCURRENCIA

COBERTURA: LUCRO CESANTE Y BENEFICIOS EXTRA PATRIMONIALES

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

DEDUCIBLE: APLICA SEGÚN AMPARO AFECTADO
MODALIDAD: CLAIMS MADE / BASE OCURRENCIA

5. RETROACTIVIDAD =====

LA RETROACTIVIDAD SERÁ AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO NO SE TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

6. EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y 1.3.1 "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO" SEGÚN CLAUSULADO GENERAL.

EL PRESENTE AMPARO OTORGA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO 24 MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA DARÁ LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

7. CLAUSULAS ADICIONALES

7.1. AVISO DE SINIESTRO 30 DÍAS

7.2. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA, CON TÉRMINO DE TREINTA (30) DÍAS.

7.3. CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA.

7.4. NO HABRÁ RESTITUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA POR PAGO DE SINIESTRO.

7.5. TODOS LOS AMPAROS Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO ANUAL DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

8. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES, SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

- ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

- RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO O EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTÉTICAS, INCLUYENDO LIPOSUCCIÓN O LIPOESCUPTURA, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

- RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SÚPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.

- RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

- RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

- RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

- RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DE DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), SERVIDORES PÚBLICOS, RC DE AUTOMOTORES, ETC.

- RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS EN TABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE ESQUITAR EN COLOMBIA.

- RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA
=====

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA

- COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

a. SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

b. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

9. AMBITO TERRITORIAL

=====

COBERTURA: COLOMBIA

JURISDICCION APLICABLE: COLOMBIA

10. DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

=====

LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361020565

PÓLIZA No: 436 -88 - 99400000031 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO	COD. AGE: 436	RAMO: 88	PAP:
DIA MES AÑO 05 02 2018	DIA MES AÑO HORAS 01 02 2018 23:59	DIA MES AÑO HORAS 01 02 2019 23:59	DIA MES AÑO 04 09 2024
FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL	TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION	DIA MES AÑO HORAS 01 02 2018 23:59	DIA MES AÑO HORAS 01 02 2019 23:59			
	VIGENCIA DEL ANEXO VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**

DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**

DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **SANDONÁ**

DIRECCION: **CALLE 9 NO. 3-39**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	40,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 891200248 - E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

TOMADOR: E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS
ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS
UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: CALLE 9 NO. 03-39 SANDONA NARIÑO
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD.
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS / TERCEROS AFECTADOS

OBJETO DEL SEGURO:
=====

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****7,850,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****1,494,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****9,359,350
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE AGENCIA DE SEGUROS SIO LTDA	CLAVE 7777	%PART 100.00	VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR  **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000436102056

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

CLIENTE  JCAICEDO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIONES GENERALES:
=====

TEXTOS SEGÚN CLAUSULADO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA FORMA 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2

MODALIDAD DE COBERTURA:
=====

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN CLAIMS-MADE, DONDE SE ENTIENDE POR CLAIMS-MADE LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES, SUCEDIDAS POR PRIMERA VEZ Y REPORTADAS DURANTE EL PERIODO DEL SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES CAUSADOS POR ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA EN SUS AMPAROS GENERALES Y PARTICULARES, SUCEDIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA.

RETROACTIVIDAD:
=====

EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA QUE SE OTORGA SERÁ A PARTIR DE FEBRERO 01 DE 2017. NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO ANTERIORMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

DEDUCIBLES:
=====

- " GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.
- " GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.
- " DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 5 SMLLV.

AMPARO BÁSICO:
=====

- " RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.
- " R C PROFESIONAL MÉDICA DURANTE TRANSPORTE EN AMBULANCIA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.
- " RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL; LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
- " PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.
- " POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.
- " SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
- " SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

AMPAROS ADICIONALES:
=====

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

" GASTOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL 20% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA, EN EL AGREGADO VIGENCIA, DISTRIBUIDO, ASÍ; POR PROCESO; \$20.000.000 / POR EVENTO \$ 40.000.000.

" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE \$10.000.000 POR EVENTO/ VIGENCIA.

" COSTAS DEL PROCESO SEGÚN FALLO JUDICIAL: SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA.

" GASTOS MÉDICOS: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

" AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES: SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

PARA QUE SE OTORQUE ESTE AMPARO ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

- a) INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO.
- b) MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES
- c) EJERZAN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

" COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES; SUBLÍMITE DEL 30% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

PERSONAL ASEGURADO:

=====

MÉDICOS GRUPO A: PERSONAL MÉDICO BAJO RELACIÓN LABORAL, DE ACUERDO A SU ESPECIALIZACIÓN

MÉDICOS GRUPO B: PERSONAL MÉDICO AUTORIZADO, PARA EJERCER SU PROFESIÓN DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMÁS CLAUSULAS:

=====

" EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO DE "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO", SEGÚN CLAUSULADO GENERAL: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO VEINTICUATRO (24) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA DARÁ LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

" NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.

" DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN.

" CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

" AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.

" CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA.

" DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES:

=====

SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

" RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.

" RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

" RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EQUATOR EN COLOMBIA.

" RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" RECLAMACIONES DERIVADAS DE INCONFORMIDAD DEL PACIENTE CON EL RESULTADO ESTÉTICO FINAL.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

=====

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

" SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.

" SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

" JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

=====

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS A CONTINUACIÓN MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA, DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

" CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

" LLEVAR ADECUADO REGISTRO DEL SERVICIO MÉDICO PRESTADO, EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTORIOS EXTERNOS, LA INSTITUCIONAL ÚNICA Y EN LA HISTORIA CLÍNICA Y/O FICHA CLÍNICA DE CADA SERVICIO. EN LA MISMA, EL ASEGURADO DEBERÁ ANOTAR EN FORMA CONCISA, VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA, TODA SU ACTUACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBJETIVOS ACERCA DEL PACIENTE Y DE SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO ANAMNESIA, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EVOLUCIÓN, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA EN TODOS LOS CASOS.

" MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL, Y EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.

" VIGILAR QUE CADA HISTORIA CLÍNICA O FICHA DE CONSULTA, CONTenga UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ACTO MÉDICO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO DEL PACIENTE, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN CUANTO A LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y/O ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO. DICHO FORMULARIO DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBERÁ TAMBIÉN ESTAR SUSCRITO POR EL O LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

" MANTENER LOS EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICA EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO Y SEGUIR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA E INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE PARA SU USO.

" EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SERVICIO MÉDICO.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

4361020565

PÓLIZA No: 436 -88 - 99400000031 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO			COD. AGE: 436			RAMO: 88			PAP:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
01	02	2019	01	02	2019	01	02	2020	23	59	365
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION								

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	01	02	2019	23:59	01	02	2020	23:59	365
	VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**

DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**

DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **SANDONÁ**

DIRECCION: **CALLE 9 NO. 3-39**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		50,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 891200248 - E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS**

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS**

UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: **CALLE 9 # 03-39 SANDONA NARIÑO**

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: **DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD. HOSPITAL**

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: **TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES**

VIGENCIA: **UN AÑO**

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****7,850,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****1,494,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****9,359,350
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
SANDRA PATRICIA MONTENEGRO CALVACHE	8012	100.00			

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000436102056

FIRMA TOMADOR

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

CADB26790D0DF765C

CLIENTE

JCAICEDO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

OBJETO DEL SEGURO:

=====

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIONES GENERALES:

=====

SEGÚN CLAUSULADO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V.2.

MODALIDAD DE COBERTURA:

=====

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN CLAIMS-MADE, DONDE SE ENTIENDE POR CLAIMS-MADE LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO DEL SEGURO, Y OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA, LÍMITES Y SUBLÍMITES EN ADELANTE INDICADOS.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

=====

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA SERÁ DE FEBRERO 1 DE 2017. NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

AMPARO BÁSICO:

=====

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA DURANTE EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA, POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- o PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.
- o POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.
- o SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
- o SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

AMPAROS ADICIONALES:

=====

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

" GASTOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL 20% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA PÓLIZA, DISTRIBUIDO, ASÍ:

- POR PROCESO DE COP \$ 20.000.000
- POR EVENTO DE COP \$ 40.000.000

" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE COP \$ 10.000.000 POR EVENTO Y COP \$ 10.000.000 VIGENCIA.

" COSTAS DEL PROCESO SEGÚN FALLO JUDICIAL: SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" GASTOS MÉDICOS: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 30% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

DEDUCIBLES:
=====

" GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

" GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

" DEMÁS EVENTOS: 10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP \$ 5.000.000.

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

" EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO DE "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO", SEGÚN CLAUSULADO GENERAL: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DOCE (12) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA DARÁ LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

" NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.

" DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN.

" CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

" AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.

" CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA.

" DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES:
=====

SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

" RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.

" RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

" RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.

" RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/O OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

" RECLAMACIONES DERIVADAS DE INCONFORMIDAD DEL PACIENTE CON EL RESULTADO ESTÉTICO FINAL.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

=====

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

" SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.

" SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

=====

" JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

=====

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS A CONTINUACIÓN MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

" CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

" LLEVAR ADECUADO REGISTRO DEL SERVICIO MÉDICO PRESTADO, EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTORIOS EXTERNOS, LA INSTITUCIONAL ÚNICA Y EN LA HISTORIA CLÍNICA Y/O FICHA CLÍNICA DE CADA SERVICIO. EN LA MISMA, EL ASEGURADO DEBERÁ ANOTAR EN FORMA CONCISA, VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA, TODA SU ACTUACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBJETIVOS ACERCA DEL PACIENTE Y DE SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO ANAMNESIA, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EVOLUCIÓN, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA EN TODOS LOS CASOS.

" MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL, Y EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.

" VIGILAR QUE CADA HISTORIA CLÍNICA O FICHA DE CONSULTA, CONTenga UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ACTO MÉDICO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO DEL PACIENTE, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN CUANTO A LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y/O ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO. DICHO FORMULARIO DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBERÁ TAMBIÉN ESTAR SUSCRITO POR EL O LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

" MANTENER LOS EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICA EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO Y SEGUIR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA E INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE PARA SU USO.

" EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SERVICIO MÉDICO.

RELACION DE ASEGURADOS (PROFESIONALES DE LA SALUD)

=====

- ALVARO ALEJANDRO ERAZO JATIVA C.C. 1086135986 - MEDICO GENERAL
- MARBETH ROCIO EGAS RODRIGUEZ C.C. 1085303165 - MEDICO GENERAL
- FERNANDA IVONE CASTILLO NAVARRO C.C. 1086132314 - MEDICO GENERAL
- GINNA LUCIA MISNAZA ARGOTY C.C. 1085295711 - MEDICO GENERAL
- MARIA LUISA CARDENAS C.C. 27090694 - MEDICO GENERAL
- DARIO JAVIER MOLINA AREVALO C.C. 5207435 - MEDICO GENERAL
- JENNY MARCELA TORRES ERAZO C.C. 1085312722 - MEDICO SERVICIO SOCIAL
- MARIA LILIANA TAIMAL CUAICAL C.C. 1004689904 - MEDICO SERVICIO SOCIAL
- DIANA MARCELA ROSE ROSE MINGAN C.C. 1085316866 - MEDICO SERVICIO SOCIAL
- EDGAR OSWALDO ARTEAGA C.C. 1085249883 - MEDICO SERVICIO SOCIAL
- AURA MARIA YELA TORRES C.C. 1085270762 - MEDICO SERVICIO SOCIAL

CLIENTE

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361020565

PÓLIZA No: 436 -88 - 99400000031 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO			COD. AGE: 436			RAMO: 88			PAP:														
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO										
03	02	2020	01	02	2020	23:59	01	02	2021	23:59	366	04	09	2024									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			DIAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION																	
VIGENCIA DEL ANEXO					DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS				
01 02 2020 23:59					01	02	2021	23:59	01	02	2021	23:59	366				
VIGENCIA DESDE					A LAS				VIGENCIA HASTA					A LAS			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**

DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**

DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **SANDONÁ**

DIRECCION: **CALLE 9 NO. 3-39**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		50,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 891200248 - E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **HOSPITAL CLARITA SANTOS E.S.E.**
ASEGURADO: **HOSPITAL CLARITA SANTOS E.S.E.**
UBICACION DEL RIESGO ASEGURABLE: **SANDONA - NARIÑO**
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: **DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD. IPS DE BAJA COMPLEJIDAD**
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: **TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES**
VIGENCIA: **UN AÑO**

OBJETO DEL SEGURO:
=====

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****10,749,972	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,028.00	IVA: \$ ****2,045,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****12,810,350
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
SANDRA PATRICIA MONTENEGRO CALVACHE	8012	100.00			

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000436102056

FIRMA TOMADOR

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

CADB26790C09FF785D

CLIENTE

JCAICEDO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIONES GENERALES:
=====

SEGÚN CLAUSULADO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V.2.

MODALIDAD DE COBERTURA:
=====

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN CLAIMS-MADE, DONDE SE ENTIENDE POR CLAIMS-MADE LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO DEL SEGURO, Y OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA, LÍMITES Y SUBLÍMITES EN ADELANTE INDICADOS.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:
=====

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA SERÁ A PARTIR DE FEBRERO 1 DE 2018. NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

AMPARO BÁSICO:
=====

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA DURANTE EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA, POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- o PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.
- o POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.
- o SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
- o SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

AMPAROS ADICIONALES:
=====

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

" GASTOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA PÓLIZA, DISTRIBUIDO, ASÍ:

- POR PROCESO DE COP \$ 5.000.000
- POR EVENTO DE COP \$ 10.000.000

" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE COP \$ 5.000.000 POR EVENTO Y COP \$ 10.000.000 VIGENCIA.

" COSTAS DEL PROCESO SEGÚN FALLO JUDICIAL: SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" GASTOS MÉDICOS: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

" COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 30% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

DEDUCIBLES:
=====

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

" GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

" DEMÁS EVENTOS: 10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 5 SMMLV

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

=====

" EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO DE "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO", SEGÚN CLAUSULADO GENERAL: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DOCE (12) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA DARÁ LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

" NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.

" DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN.

" CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

" AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.

" CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA.

" DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES:

=====

SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

" RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.

" RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

" RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO: RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.

" RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

" RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS O INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO, QUE PRESTEN SUS SERVICIOS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA BAJO CUALQUIER CONTRATO O AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

" RECLAMACIONES DERIVADAS DE INCONFORMIDAD DEL PACIENTE CON EL RESULTADO ESTÉTICO FINAL.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

=====

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

- " SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.
- " SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

- " JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

=====

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS A CONTINUACIÓN MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

- " CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

" LLEVAR ADECUADO REGISTRO DEL SERVICIO MÉDICO PRESTADO, EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTORIOS EXTERNOS, LA INSTITUCIONAL ÚNICA Y EN LA HISTORIA CLÍNICA Y/O FICHA CLÍNICA DE CADA SERVICIO. EN LA MISMA, EL ASEGURADO DEBERÁ ANOTAR EN FORMA CONCISA, VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA, TODA SU ACTUACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBJETIVOS ACERCA DEL PACIENTE Y DE SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO ANAMNESIA, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EVOLUCIÓN, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA EN TODOS LOS CASOS.

" MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL, Y EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.

" VIGILAR QUE CADA HISTORIA CLÍNICA O FICHA DE CONSULTA, CONTenga UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ACTO MÉDICO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO DEL PACIENTE, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN CUANTO A LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y/O ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO. DICHO FORMULARIO DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBERÁ TAMBIÉN ESTAR SUSCRITO POR EL O LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

" MANTENER LOS EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICA EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO Y SEGUIR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA E INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE PARA SU USO.

- " EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SERVICIO MÉDICO.

RELACION DE PROFESIONALES

=====

1. MEDICO - DANIELA ALEJANDRA LASSO LATORRE
2. MEDICO - JUAN JOSE MUÑOZ ORDOÑEZ
3. MEDICO - CHRISTIAN FABIAN NARVAEZ
4. MEDICO - BAYRON BURGOS C.C. 1088973763
5. MEDICO - JAIRO ALEXANDER CERON GESAMA
6. AUX URGENCIAS - MARGOTH CRISTINA QUETAMA JARAMILLO C.C. 36,759,024
7. AUXILIAR DE ENFERMERIA - MIRIAM IZQUIERDO VARGAS C.C. 27,432,221
8. AUXILIAR DE ENFERMERIA - LUIS ANTONIO MAYA C.C. 5,332,818
9. AUXILIAR DE ENFERMERIA - EDGAR ALBERTO RODRIGUEZ GARCIA
10. AUXILIAR HIGIENE ORAL - MARIA ELIZABETH LATORRE GOMEZ C.C. 27,431,936
11. PROMOTORA MARIA GILMA ERAZO - C.C. 27,433,280
12. REGENTE DE FARMACIA SANDRA JANETH MORA RIVERA C.C. 59,176,358
13. TECNICO IMÁGENES DIAGNOSTICAS - HANDEY BALDOMIR BENAVIDES BARCO C.C. 87,574,980
14. TECNICO IMÁGENES DIAGNOSTICAS - JORGE ERDULFO LEITON CASTILLO C.C. 87,573,636
15. AUXILIAR AREA DE LA SALUD - SANDRA MILENA CHAMORRO BURBANO C.C. 59177033

CLIENTE

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361020565

PÓLIZA No: 436 -88 - 99400000031 ANEXO:4

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGE: 436 RAMO: 88 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 02 02 2021 01 02 2021 23:59 01 02 2022 23:59 365 04 09 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
 01 02 2021 23:59 01 02 2022 23:59 365
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**
 DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**
 DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **SANDONÁ**
 DIRECCION: **CALLE 9 NO. 3-39**
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		50,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
 NIT 891200248 - ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

OBJETO DEL SEGURO:
 =====

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIONES GENERALES:
 =====

SEGÚN CLAUSULADO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V.2.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****10,750,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****2,045,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****12,810,350
--	------------------------------------	--	--------------------------	--------------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
SANDRA PATRICIA MONTENEGRO CALVACHE	8012	100.00			

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000436102056 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
 CADB26790A08FC785D CLIENTE JCAICEDO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

MODALIDAD DE COBERTURA:

=====

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN CLAIMS-MADE, DONDE SE ENTIENDE POR CLAIMS-MADE LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO DEL SEGURO, Y OCURRIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA, LÍMITES Y SUBLÍMITES EN ADELANTE INDICADOS.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

=====

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA SERÁ A PARTIR DE FEBRERO 1 DE 2018. NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

AMPARO BÁSICO:

=====

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA DURANTE EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA, POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- o PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.
- o POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.
- o SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
- o SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

AMPAROS ADICIONALES:

=====

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

" GASTOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA PÓLIZA, DISTRIBUIDO, ASÍ:

- POR PROCESO DE COP \$ 5.000.000

- POR EVENTO DE COP \$ 10.000.000

" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE COP \$ 5.000.000 POR EVENTO Y COP \$ 10.000.000 VIGENCIA.

" COSTAS DEL PROCESO SEGÚN FALLO JUDICIAL: SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" GASTOS MÉDICOS: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

" COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 30% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

DEDUCIBLES:

=====

" GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

" GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

" DEMÁS EVENTOS: 10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 5 SMLLV

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

=====

" EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO DE "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO", SEGÚN CLAUSULADO GENERAL: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DOCE (12) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA DARÁ LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

" NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN.

" CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

" AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.

" CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA.

" DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES:

=====

SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

" RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.

" RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

" RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO: RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.

" RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

" RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS O INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO, QUE PRESTEN SUS SERVICIOS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA BAJO CUALQUIER CONTRATO O AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

" RECLAMACIONES DERIVADAS DE INCONFORMIDAD DEL PACIENTE CON EL RESULTADO ESTÉTICO FINAL.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

=====

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

" SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.

" SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

=====

" JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

=====

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS A CONTINUACIÓN MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

" CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

" LLEVAR ADECUADO REGISTRO DEL SERVICIO MÉDICO PRESTADO, EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTORIOS EXTERNOS, LA INSTITUCIONAL ÚNICA Y EN LA HISTORIA CLÍNICA Y/O FICHA CLÍNICA DE CADA SERVICIO. EN LA MISMA, EL ASEGURADO DEBERÁ ANOTAR EN FORMA CONCISA, VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA, TODA SU ACTUACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBJETIVOS ACERCA DEL PACIENTE Y DE SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO ANAMNESIA, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EVOLUCIÓN, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA EN TODOS LOS CASOS.

" MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL, Y EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.

" VIGILAR QUE CADA HISTORIA CLÍNICA O FICHA DE CONSULTA, CONTenga UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ACTO MÉDICO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO DEL PACIENTE, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN CUANTO A LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y/O ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO. DICHO FORMULARIO DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO POR EL O LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

" MANTENER LOS EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICA EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO Y SEGUIR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA E INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE PARA SU USO.

" EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SERVICIO MÉDICO.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

RELACION DE PROFESIONALES

=====

1. MEDICO - DANIELA ALEJANDRA LASSO LATORRE
2. MEDICO - JUAN JOSE MUÑOZ ORDOÑEZ
3. MEDICO - CHRISTIAN FABIAN NARVAEZ
4. MEDICO - BAYRON BURGOS C.C. 1088973763
5. MEDICO - JAIRO ALEXANDER CERON GESAMA
6. AUX URGENCIAS - MARGOTH CRISTINA QUETAMA JARAMILLO C.C. 36,759,024
7. AUXILIAR DE ENFERMERIA - MIRIAM IZQUIERDO VARGAS C.C. 27,432,221
8. AUXILIAR DE ENFERMERIA - LUIS ANTONIO MAYA C.C. 5,332,818
9. AUXILIAR DE ENFERMERIA - EDGAR ALBERTO RODRIGUEZ GARCIA
10. AUXILIAR HIGIENE ORAL - MARIA ELIZABETH LATORRE GOMEZ C.C. 27,431,936
11. PROMOTORA MARIA GILMA ERAZO - C.C. 27,433,280
12. REGENTE DE FARMACIA SANDRA JANETH MORA RIVERA C.C. 59,176,358
13. TECNICO IMÁGENES DIAGNOSTICAS - HANDEY BALDOMIR BENAVIDES BARCO C.C. 87,574,980
14. TECNICO IMÁGENES DIAGNOSTICAS - JORGE ERDULFO LEITON CASTILLO C.C. 87,573,636
15. AUXILIAR AREA DE LA SALUD - SANDRA MILENA CHAMORRO BURBANO C.C. 59177033

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361020565

PÓLIZA No: 436 -88 - 994000000031 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: **PASTO** COD. AGE: 436 RAMO: 88 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 22 02 2021 01 02 2021 23:59 01 02 2022 23:59 04 09 2024
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO **REVOCACIÓN DE PÓLIZA**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA
 01 02 2021 23:59 01 02 2022 23:59 365
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**
 DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: **ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.200.248-0**
 DIRECCIÓN: **CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ** CIUDAD: **SANDONÁ, NARIÑO** TELÉFONO: **6027288057**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **SANDONÁ**
 DIRECCION: **CALLE 9 NO. 3-39**
 ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
 NIT 891200248 - ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *(500,000,000.00)	VALOR PRIMA: \$ ****(-10,750,000)	GASTOS EXPEDICION: \$ ***-15,000.00	IVA: \$ *(-2,045,350)	TOTAL A PAGAR: \$ ***** (12,810,350)
---	---	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
SANDRA PATRICIA MONTENEGRO CALVACHE	8012	100.00			

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000436102056 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
 CADB26790A08F57D59 CLIENTE JCAICEDO 0

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

se revoca la presente poliza por solicitud del asegurado, de acuerdo con oficio 100.22.01-21024, radicado el 16 de febrero de 2021.

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



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

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

1.1.2 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A PACIENTES COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL PARAMÉDICO VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y ACTUANDO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS, MIENTRAS DICHOS PACIENTES ESTÉN SIENDO TRANSPORTADOS EN AMBULANCIAS EQUIPADAS Y HABILITADAS DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y/O ADMINISTRATIVAS VIGENTES, SIEMPRE QUE TALES AMBULANCIAS SEAN DE PROPIEDAD DE LA INSTITUCIÓN O ÉSTA DEBA LEGALMENTE RESPONDER POR ELLAS EN VIRTUD DE SU TENENCIA Y CONTROL PERMANENTES.

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

1.2.1 LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHS PREDIOS SE ENCUENTREN MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

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

1.2.2 LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES Y QUE SE DERIVE DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, SIEMPRE Y CUANDO TALES APARATOS Y EQUIPOS SEAN DIFERENTES DE LOS EQUIPOS A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.25 DE LA CONDICIÓN 2 “EXCLUSIONES GENERALES” Y, ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.

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

1.2.3 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A RECETA MÉDICA, ELLA CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS Y, HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE LOS MEDICAMENTOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

1.2.4 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TALES COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES HAYAN SIDO ELABORADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, Y LA INSTITUCIÓN CUENTE CON LICENCIA PREVIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PARA ELABORARLOS O PRODUCIRLOS Y LOS HAYA REGISTRADO PREVIAMENTE ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

1.3 AMPAROS ADICIONALES

1.3.1 COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO

BAJO ESTE AMPARO SE OTORGA COBERTURA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA O LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR LOS COSTOS Y GASTOS DE LOS PROCESOS CIVILES, PENALES Y/O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL ADELANTADOS EN SU CONTRA CON FUNDAMENTO EN UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA Y SIEMPRE Y CUANDO LA INSTITUCIÓN NO AFRONTE EL PROCESO SIN LA PREVIA APROBACIÓN DE ASEGURADORA SOLIDARIA, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1.3.1.1 HONORARIOS DE DEFENSA

SON LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADO QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y DEBERÁN SER PREVIAMENTE APROBADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA PARA QUE OPERE ESTE AMPARO.

LOS HONORARIOS DE DEFENSA TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA VINCULACIÓN FORMAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN EL RESPECTIVO PROCESO Y SE PAGARÁN EN FORMA PROPORCIONAL Y FRACCIONADA DE ACUERDO CON LAS ETAPAS QUE INVOLUCRE CADA TIPO DE PROCESO, A MEDIDA QUE EL ABOGADO QUE ADELANTE SU DEFENSA VAYA AVANZANDO EN LA GESTIÓN, EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE LA AUTORIZACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA. EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA, SI LA HUBIERE.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SI LA RESPONSABILIDAD FUERE IMPUTADA A TÍTULO DE DOLO, LOS HONORARIOS DE DEFENSA SE PAGARÁN EXCLUSIVAMENTE POR REEMBOLSO, UNA VEZ DICTADO EL FALLO O TERMINADO EL PROCESO O PROCEDIMIENTO BIEN CON LA ABSOLUCIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, BIEN CON LA DETERMINACIÓN DE QUE LOS HECHOS POR LOS QUE SE LES CONDENA NO INVOLUCRAN UNA RESPONSABILIDAD DOLOSA O NO CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

CUALQUIER SUMA QUE SE DESEMBOLSE BAJO ESTE AMPARO ANTES DEL FALLO O TERMINACIÓN DEL PROCESO, REDUCIRÁ EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A ASEGURADORA SOLIDARIA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, EN ESPECIAL LAS SIGUIENTES:

- A. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO
- B. CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.
- C. CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

1.3.1.2 COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

SON LOS COSTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES NECESARIAS COMO CONSECUENCIA DE RECLAMACIONES CUBIERTAS BAJO ESTA PÓLIZA.

ASEGURADORA SOLIDARIA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LAS CAUCIONES COMO TAL, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCIÓN GENERA, EL CUAL SE PAGARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

1.3.1.3 COSTAS DEL PROCESO

SERÁN LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CUANDO LA SENTENCIA HAYA SIDO DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EXCEDE EL LÍMITE ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA SÓLO RESPONDERÁ POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

1.3.2 EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA".

EL PRESENTE AMPARO OTORGA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA. EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN REINSTALAMIENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

ESTE AMPARO OPERARÁ POR SOLICITUD ESCRITA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS REALIZADA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO. SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDOQUIERA QUE LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, ASEGURADORA SOLIDARIA:

- A. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.
- B. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- C. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO EXTENDIDO OTORGADO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO DE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS NO CUMPLAN CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO, INCLUIDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, ASEGURADORA SOLIDARIA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

1.4 AMPAROS CONTRATABLES MEDIANTE ACUERDO EXPRESO

1.4.1 AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

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

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

1.4.2 AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES

NO OBSTANTE LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 2.25 DE LA CONDICIÓN 2 “EXCLUSIONES GENERALES”, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES COMO RESULTADO DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE:

- **EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO**
- **EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA**
- **EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER)**
- **EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA**
- **EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER**
- **EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY**

PARA QUE SE OTORQUE ESTE AMPARO ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

- A. INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO**
- B. MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES**
- C. EJERZAN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD**
ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

1.4.3 AMPARO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A RECETA MÉDICA Y,

ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS.

1.4.4 AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES CAUSADOS POR MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL AMPARO 1.4.2 Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL AMPARO 1.2.2 Y/O PERSONAL DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN, QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, SIEMPRE Y CUANDO LOS PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

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

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DERIVADA DEL USO DE SUS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES Y NO ESPECIALES Y/O PERSONAL DE APOYO POR PARTE DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES.

1.4.5 AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS INCURRIDOS DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES PERSONALES CAUSADAS A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA.

SE EXCLUYEN DEL PRESENTE AMPARO LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS PRESTADOS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

CUALQUIER SUMA QUE SE DESEMBOLSE BAJO ESTE AMPARO REDUCIRÁ EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

2. EXCLUSIONES

SE EXCLUYEN DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA LAS RECLAMACIONES QUE TENGAN ORIGEN O SE DERIVEN DE:

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

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

- 2.3 CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS, TRATAMIENTOS, TERAPIAS O INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS, NO ACEPTADOS O NO APROBADOS POR LA CIENCIA MÉDICA, LAS NORMAS LEGALES Y/O LAS ENTIDADES QUE REGULEN LA MATERIA.
- 2.5 CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR LA PROCREACIÓN.
- 2.6 INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
- 2.7 VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL.
- 2.8 CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
- 2.9 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE REALICEN CON EL OBJETO DE EFECTUAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO, EXCEPTO CUANDO EXISTA AUTORIZACIÓN JUDICIAL.
- 2.10 ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.11 CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
- 2.12 DEFICIENCIA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS SIN HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA YA SEA QUE ÉSTA HAYA SIDO SUSPENDIDA, REVOCADA O QUE HAYA EXPIRADO Y NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y, USO DE EQUIPOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.13 TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.14 TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 2.6 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES QUE REGULEN LA MATERIA, CON PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO
- 2.15 CONTAGIO DE UNA ENFERMEDAD, SALVO QUE SE TRANSMITA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA PRÁCTICA MÉDICA SIEMPRE Y CUANDO EN LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS NO TUVIERAN, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, DE QUE SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD IMPEDIRÍA A UN PROFESIONAL RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE PRESTAR SERVICIOS Y/O REALIZAR TRATAMIENTOS A SUS PACIENTES. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.
- 2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.
- 2.17 RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA.
- 2.18 FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
- 2.19 RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA ASÍ COMO DEL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
- 2.20 RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

- 2.21 ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, ETC.
- 2.22 DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.23 RESPONSABILIDAD PATRONAL: ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL.
- 2.24 HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.
- 2.25 LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.
- 2.26 ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO DE HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.
- 2.27 DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.28 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.
- 2.29 DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.30 FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.
- 2.31 MULTAS Y PENALIDADES, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.
- 2.32 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJE CON EXPLOSIVOS.
- 2.33 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y YA SEA CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY O NO.
- 2.34 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL AMPARO 1.1.2.
- 2.35 DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.36 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.37 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.38 RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
- 2.39 DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DANOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE

TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

- 2.40 CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
- 2.41 USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.42 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.43 HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.
- 2.44 HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AÚN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS. SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 2.45 ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.
- 2.46 CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS

3. GARANTÍAS

SO PENA DE QUE EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE DÉ POR TERMINADO DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS GARANTIZAN:

- 3.1 QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO TORNARÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.
- 3.2 QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:
 - a) APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN NO.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, ASÍ COMO LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.
 - b) IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS

DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNÉSIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- c) VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL(ES) INTERVINIENTE(S).
- d) MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
- e) CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).

- 3.3 EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.
- 3.4 ENTREGAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.5 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.6 COOPERAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
- 3.7 PRESTAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
- 3.8 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIMEN NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLES TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERAN.
- 3.9 PERMITIR A ASEGURADORA SOLIDARIA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
- 3.10 NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.
- 3.11 CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN

REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.

3.12 MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.

3.13 DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:

- a) **QUE ACORDARÁN CON ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.**
- b) **QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A ASEGURADORA SOLIDARIA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.**
- c) **QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.**
- d) **QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO.**

4. LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

A. PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO DE QUE HABRÍAN DE SER INICIADAS EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

DE OTORGARSE LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES DESCRITA EN EL NUMERAL 1.3.2., SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

B. PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

5. LÍMITE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA OPERA EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS ADELANTADAS EN EL TERRITORIO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

A. LÍMITE POR EVENTO

LA RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO NO EXCEDERÁ EL LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO FIJADO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN

MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO.

ASÍ MISMO, CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA O SITUACIÓN SE CONSIDERARÁN UN MISMO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO.

ESTAS MISMAS REGLAS APLICARÁN RESPECTO DE LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO LOS CUALES ESTARÁN SUJETOS A UN ÚNICO SUBLÍMITE POR EVENTO.

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE ASEGURADORA SOLIDARIA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA NO EXCEDERÁ EL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

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

7. DEDUCIBLE

ASEGURADORA SOLIDARIA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LA CARÁTULA O LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA. PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

8. UNIDAD DE EVENTO

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS Y/O TODAS LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA O SITUACIÓN SE CONSIDERARÁN UN MISMO EVENTO.

PARA LOS EFECTOS DE LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA LA RECLAMACIÓN DE UNA PÉRDIDA SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR PRIMERA VEZ POR LA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADO EN LA FECHA EN QUE ÉSTE HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES, SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. CUANDO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS HAYAN DADO AVISO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN, SI TAL RECLAMACIÓN LLEGARE EFECTIVAMENTE A FORMULARSE CONTRA LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR ÉSTA EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE FUE DADO EL AVISO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.

9. DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

LA INSTITUCIÓN TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

10. CONSERVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y LA INSTITUCIÓN TOMADORA ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA CUALQUIER MODIFICACIÓN EN EL RIESGO ASEGURADO EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PERO SÓLO LA MALA FE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS O DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA DARÁ DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

11. OBLIGACIONES EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PODRÍA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA

A. LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN DAR NOTICIA A ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PODRÍA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA, COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.

B. OCURRIDA UNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA BAJO ESTA PÓLIZA, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA, ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO.

C. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA, Y DEBERÁN MANTENER A ASEGURADORA SOLIDARIA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.

D. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A ASEGURADORA SOLIDARIA LA INFORMACIÓN RELATIVA A LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO, LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS, LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO, LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO, LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

E. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS NO PODRÁN ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES FACULTARÁ A ASEGURADORA SOLIDARIA PARA REDUCIR LA INDEMNIZACIÓN EN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE FUEREN OCASIONADOS.

12. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y LOS BENEFICIARIOS PERDERÁN TODO DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN DERIVADA DE LA PRESENTE PÓLIZA CUANDO:

A. EMPLEEN MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O PRUEBAS FALSAS PARA SUSTENTAR UNA RECLAMACIÓN O PARA DERIVAR ALGÚN BENEFICIO DE ESTA PÓLIZA.

B. OMITAN DECLARAR LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE EL MISMO INTERÉS ASEGURADO Y EL MISMO RIESGO.

C. RENUNCIEN AL DERECHO CONTRA TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

13. DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS

ASEGURADORA SOLIDARIA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL AMPARO 1.3.1, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

SI ASEGURADORA SOLIDARIA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN REEMBOLSAR A LA ASEGURADORA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

ASEGURADORA SOLIDARIA SÓLO PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS QUE PREVIAMENTE HAYA AUTORIZADO POR ESCRITO, NO OBSTANTE, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS QUEDAN AUTORIZADOS PARA REALIZAR LOS GASTOS RAZONABLES QUE FUEREN NECESARIOS PARA PROTEGER EVIDENCIA O RESGUARDAR SU POSICIÓN FRENTE A EVENTUALES RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS, SI POR LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTEN LOS HECHOS NO FUERE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO DE LA ASEGURADORA DE MANERA OPORTUNA. SERÁ OBLIGACIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y NO DE ASEGURADORA SOLIDARIA ASUMIR LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA.

LA ASEGURADORA TENDRÁ EL DERECHO DE NOMBRAR EN CUALQUIER MOMENTO UN AJUSTADOR, UN REPRESENTANTE O UN ABOGADO Y DE HACER LAS INVESTIGACIONES QUE CONSIDERE NECESARIAS. DE LA MISMA MANERA, TENDRÁ EL DERECHO, EN CUALQUIER MOMENTO, DE ENCARGARSE Y DE DIRIGIR, EN NOMBRE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, LA DEFENSA Y LAS NEGOCIACIONES TENDIENTES A OBTENER UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS, O A FORMULAR EN NOMBRE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS Y EN SU PROPIO BENEFICIO, DEMANDA DE RECONVENCIÓN O LLAMAMIENTO EN GARANTÍA CON EL FIN DE OBTENER COMPENSACIÓN POR PARTE DE TERCEROS.

ASEGURADORA SOLIDARIA NO CONCILIARÁ NI TRANSIGIRÁ RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA ALGUNA SIN EL CONSENTIMIENTO DE LA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADO. SIN EMBARGO, SI ÉSTE SE REHÚSA A PRESTAR COLABORACIÓN EN RELACIÓN CON UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN SUGERIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA, LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA NO EXCEDERÁ DEL IMPORTE DE LA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN PROPUESTA, MÁS LOS COSTOS Y GASTOS INCURRIDOS HASTA LA FECHA DE LA NO ACEPTACIÓN DE SU PROPUESTA POR PARTE DE LA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADO.

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO ASEGURADORA SOLIDARIA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTOS EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS PUEDAN NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

EN CUALQUIER MOMENTO, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ PAGAR EL LÍMITE ASEGURADO O EL REMANENTE APLICABLE DEL MISMO O CUALQUIER MONTO INFERIOR POR EL QUE SE PUEDA ACORDAR EXTRAJUDICIALMENTE CUALQUIER RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA QUE SE PRESENTE BAJO ESTA PÓLIZA. REALIZADO EL ANTERIOR PAGO, LA ASEGURADORA ABANDONARÁ EL CONTROL DE LA RECLAMACIÓN O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA Y NO ASUMIRÁ NINGÚN TIPO DE RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON LAS MISMAS.

14. DISTRIBUCIÓN

EN EL EVENTO DE QUE EN UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA UNA PARTE RESULTE CUBIERTA POR ELLA Y OTRA PARTE NO, ASEGURADORA SOLIDARIA INDEMNIZARÁ SOLAMENTE LA PARTE CUBIERTA.

CUANDO FUEREN VARIOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS INVOLUCRADOS EN UN PROCESO, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DETERMINARÁ CÓMO DEBE DISTRIBUIRSE ENTRE ELLOS EL LÍMITE ASEGURADO PARA LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO.

15. AUDITORÍA E INSPECCIÓN

EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA ASEGURADORA SOLIDARIA TENDRÁ EL DERECHO DE INSPECCIONAR LAS INSTALACIONES Y OPERACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS –INCLUIDA LA REVISIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTO Y MANTENIMIENTO, LAS POLÍTICAS Y PROTOCOLOS OPERACIONALES Y SIMILARES- CON EL FIN DE VERIFICAR QUE AQUELLOS MANTENGAN UN NIVEL ADECUADO DE SUPERVISIÓN DEL RIESGO Y DE PREVENCIÓN DE SINIESTROS.

ASÍ MISMO, LA ASEGURADORA TENDRÁ EL DERECHO DE PRACTICAR AUDITORÍAS MÉDICO-LEGALES DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y DE AQUELLA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DE PACIENTES, DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS INSTITUCIONALES Y DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ TAMBIÉN EXAMINAR Y AUDITAR LOS LIBROS Y EXPEDIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, EN TODO AQUELLO QUE SE RELACIONE CON ESTE SEGURO, EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA EXPIRACIÓN DE LA MISMA.

16. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

TANTO LA INSTITUCIÓN TOMADORA COMO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS, A PETICIÓN DE LA ASEGURADORA, DEBERÁN HACER TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA PERMITIRLE EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DE LA SUBROGACIÓN Y SERÁN RESPONSABLES DE LOS PERJUICIOS QUE LE ACARREARE A ASEGURADORA SOLIDARIA SU FALTA DE DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN. EN TODO CASO, SI SU CONDUCTA ES DE MALA FE, PERDERÁN EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA PODRÁ REPETIR CONTRA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EL IMPORTE DE LAS INDEMNIZACIONES QUE HAYA DEBIDO SATISFACER COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA POR PARTE DEL PERJUDICADO O SUS DERECHOHABIENTES, CUANDO SE DESCUBRA QUE EL DAÑO O PERJUICIO CAUSADO AL TERCERO SE DEBIÓ A CONDUCTAS DOLOSAS O EXCLUIDAS DE LA COBERTURA POR PARTE DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

17. PAGO DEL SINIESTRO

ASEGURADORA SOLIDARIA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, CON SUJECCIÓN A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

18. FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

PARA SUSCRIBIR ESTA PÓLIZA ASEGURADORA SOLIDARIA SE HA BASADO EN LA INFORMACIÓN Y LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LOS CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS, LOS ESTADOS FINANCIEROS Y DEMÁS INFORMACIÓN ENTREGADA Y SOMETIDA AL CONOCIMIENTO DE LA ASEGURADORA PARA ESE FIN. DICHAS DECLARACIONES CONSTITUYEN LA BASE DE LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, Y POR TANTO, SE CONSIDERAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA.

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO Y/O EN LOS CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS ENTREGADOS POR LA INSTITUCIÓN TOMADORA SERÁN CONSIDERADAS INDEPENDIENTES PARA CADA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADOS, DE MANERA QUE NINGUNA AFIRMACIÓN O SITUACIÓN QUE ALGUNO DE ELLOS DECLARE CONOCER SERÁ IMPUTADA A NINGUNA OTRA CLÍNICA, HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ASEGURADOS A EFECTOS DE DETERMINAR SI EXISTE O NO COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA.

19. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

20. PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, LA INSTITUCIÓN TOMADORA DEBERÁ PROPORCIONAR A ASEGURADORA SOLIDARIA, POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA PÓLIZA, LA SOLICITUD DE SEGURO JUNTO CON LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. CON BASE EN EL ESTUDIO DE ESTA INFORMACIÓN, LA ASEGURADORA DETERMINARÁ LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA NUEVA VIGENCIA.

21. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD Y DIRECCIÓN INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

22. LEGISLACIÓN SUPLETORIA

EN AQUELLOS ASPECTOS QUE NO SE ENCUENTREN REGULADOS POR ESTA PÓLIZA, SE APLICARÁN LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

23. DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza y siempre que aparezcan en negrilla, bien en singular o en plural, los términos que se relacionan a continuación tendrán el siguiente alcance y significado:

- **Clínicas, hospitales y centros de salud asegurados (institución):** son los establecimientos médicos asistenciales declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en la carátula de la póliza.
Se consideran también asegurados los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe de cuerpo médico), o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales funciones médico-administrativas.
Son asegurados también bajo la presente póliza los miembros de comités establecidos por las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados para desarrollar labores tales como la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover la calidad de los servicios médicos prestados por la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales labores solicitadas por los comités.
- **No son asegurados** bajo esta póliza los profesionales de la salud, bien sean internos, externos, residentes, voluntarios, temporales, empleados, contratados o en relación de dependencia o no con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, por ningún acto médico que presten o dejen de prestar a cualquier paciente dentro o fuera de la institución asegurada.
- **Institución tomadora:** es la persona jurídica que se designa en la carátula de esta póliza.
- **Beneficiario:** dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- **Tercero:** es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:
 - ✓ Las personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
 - ✓ Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
 - ✓ Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes.

✓ Las personas vinculadas con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados mediante contrato de aprendizaje y/o de prestación de servicios.

- **Paciente:** es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.
- **Acto Médico:** es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del **paciente**.
- **Hecho Dañino:** es el hecho generador de **daños materiales** o **lesiones corporales**.
- **Daño Material:** es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- **Lesión Corporal:** es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- **Reclamación:** es:
 - A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
 - B. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de un Proceso Judicial Civil o Penal en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
 - C. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- **Pretensión Indemnizatoria:** es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.
- **Período de retroactividad/retroactividad:** es el período transcurrido con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente póliza, el cual delimita la fecha en que deben haber ocurrido los actos médicos que dan origen a la reclamación para que ésta goce de cobertura bajo el presente seguro. Si los actos médicos que dan origen a la reclamación ocurren con anterioridad a la fecha límite de retroactividad prevista en esta póliza, ésta no estará cubierta por este seguro.



CAL64724 - PODER

Desde Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>

Fecha Jue 05/09/2024 9:17

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

 2 archivos adjuntos (1 MB)

240901-Certificado SFC ASC.pdf; CAL64724.pdf;

Señores

JUZGADO 1 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Pasto

Referencia: RADICADO: 202100068
DEMANDANTE. ALAN DAYAN ARCOS LATORRE Y OTROS
DEMANDADO. "EMSSANAR"-E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS DEL MUNICIPIO DE SANDONA
LLAMADO EN
GARANTIA. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

JUAN PABLO RUEDA SERRANO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **79.445.028** de **Bogotá**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

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

Cordialmente,

JUAN PABLO RUEDA SERRANO
C. C. No. 79.445.028 de Bogotá
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

C. C. No. 19.395.114 de

T. P. No. 39116

CAL64724 2024/09/04

GERENCIA JURÍDICA.

Dirección General.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

ENTIDAD COOPERATIVA

Calle 100 No 9A – 45 Bogotá – CO



Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

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

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

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



Certificado Generado con el Pin No: 8937931045046863

Generado el 01 de septiembre de 2024 a las 18:39:23

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

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

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NIT: 860524654-6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Certificado Generado con el Pin No: 8937931045046863

Generado el 01 de septiembre de 2024 a las 18:39:23

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

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

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

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

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

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

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

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



Certificado Generado con el Pin No: 8937931045046863

Generado el 01 de septiembre de 2024 a las 18:39:23

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

Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales

Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud

Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias

Resolución S.B. No 1067 del 19 de septiembre de 2002 Enfermedades de Alto Costo

Resolución S.B. No 1408 del 09 de diciembre de 2002 cancela el ramo de SOAT

Resolución S.B. No 230 del 11 de marzo de 2003 Vida grupo

Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante

Resolución S.F.C. No 1458 del 30 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa para operar el ramo de seguros de Enfermedades de alto costo

Resolución S.F.C. No 1194 del 28 de junio de 2013 Seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT

Resolución S.F.C. No 1577 del 23 de agosto de 2013 autorizado para operar el ramo de Seguro de Desempleo

Resolución S.F.C. No 0842 del 03 de julio de 2019 autoriza para operar el ramo de seguro de Navegación y Casco

Oficio No 2022116107-005 del 29 de junio de 2022 autoriza para operar el ramo de Seguro Decenal


NATALIA GUERRERO RAMÍREZ

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."