

Señores,

JUZGADO SÉPTIMO (7º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN (C)

j07admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE: HERIBERTO PEDROZA SOLIS Y OTROS

DEMANDADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, ASMET SALUD EPS S.A.S., DEPARTAMENTO DEL CAUCA, MUNICIPIO DE GUAPI (CAUCA)

LL. EN GARANTÍA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y OTROS

RADICACIÓN: 19001333300720230021400

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116. del Consejo Superior de la Judicatura, quien actúa en calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Calle 100 No. 9 A-45 Piso 12 de la ciudad de Bogotá D.C. y sucursal en esta ciudad, conforme se acredita con el memorial poder y certificado de existencia y representación legal adjunto, encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** propuesta por el señor **HERIBERTO PEDROZA SOLIS Y OTROS** en contra de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI Y OTROS**. Así mismo, **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por **ASMET SALUD EPS S.A.S.** a mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, así como las que contiene el llamamiento en garantía que nos ocupa, en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD

El auto interlocutorio No. 1884 del diecinueve (19) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024) proferido Juzgado Séptimo (7º) Administrativo del Circuito de Popayán (C) por medio del cual se resolvió, entre otras cosas, admitir el llamamiento en garantía formulado por ASMET SALUD EPS S.A.S. a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa dentro del proceso del radicado fue notificado de manera personal mediante correo electrónico el día 20 de noviembre de 2024¹.

De conformidad con el artículo 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo², los quince (15) días de traslado del llamamiento en garantía corren de la siguiente

¹ Según consta en el archivo del expediente que reposa en el aplicativo SAMAI denominado “24NotificacionAcuseRecibo”

² “Artículo 225. Llamamiento en garantía. Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.
El llamado, dentro del término de que disponga para responder el llamamiento que será de quince (15) días, podrá, a su vez, pedir la citación de un tercero en la misma forma que el demandante o el demandado. (...)” (énfasis añadido)

forma: 21, 22³⁴, 25, 26, 27, 28 y 29 de noviembre y 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12 y 13 de diciembre de 2024.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente contestación de la demanda y del llamamiento en garantía realizada por la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa se radica en tiempo y de manera oportuna dentro del término legalmente conferido.

II. **CUESTIÓN PREVIA: SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA PARCIAL POR ENCONTRARSE PROBADA LA FALTA MANIFIESTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA RESPECTO DE ASMET SALUD EPS S.A.S. PARA LLAMAR EN GARANTÍA A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 3º DEL ARTÍCULO 182A DEL CPACA**

Para el caso en concreto resulta procedente proferir sentencia anticipada parcial por encontrarse probada la falta manifiesta de legitimación en la causa por activa respecto de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, esto por la sencilla razón de que la llamante en garantía no es parte del contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil, Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000011, esto es, en otras palabras y en los términos del artículo 1037 y siguientes del Código de Comercio, la demandada que llamó en garantía a mi representada no figura como tomador, ni como asegurada y mucho menos como beneficiaria del contrato de seguro en cuestión, por lo que mal podría en reclamar algún derecho legal y/o contractual sobre un negocio jurídico en el cual no es parte y por ende tampoco la habilita para exigir de mi representada la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de una eventual sentencia que se profiera dentro de este proceso.

2.1. **PROCEDENCIA DE LA SENTENCIA ANTICIPADA PARA EL CASO EN CONCRETO**

Para sustentar la viabilidad de dictar sentencia anticipada respecto la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa debe recordarse que mediante la Ley 2080 de 2021, por medio de la cual se reformo y adicionó el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se introdujo al proceso contencioso administrativo la figura de la sentencia anticipada de la siguiente forma:

*“ARTÍCULO 182A. Sentencia anticipada. Se podrá dictar sentencia anticipada: (...) 3. En cualquier estado del proceso, cuando el juzgador encuentre probada la cosa juzgada, la caducidad, la transacción, la conciliación, **la falta manifiesta de legitimación en la causa** y la prescripción extintiva. (...)” (énfasis añadido).*

³⁴ Artículo 205. Notificación por medios electrónicos. La notificación electrónica de las providencias se someterá a las siguientes reglas:
1. La providencia a ser notificada se remitirá por el Secretario al canal digital registrado y para su envío se deberán utilizar los mecanismos que garanticen la autenticidad e integridad del mensaje.

2. **La notificación de la providencia se entenderá realizada una vez transcurridos dos (2) días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a correr a partir del día siguiente al de la notificación.** (...)” (énfasis añadido).

⁴ Artículos 1º y 8º de la Ley 2213 de 2022.

Sobre la nueva normatividad, el H. Consejo de Estado ha tenido la oportunidad de mencionar lo siguiente:

“En el presente asunto, una vez adecuada la demanda al medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho, hay lugar a dictar sentencia anticipada para emitir pronunciamiento sobre la excepción de caducidad del referido medio de control, razón por la cual, en consonancia con lo señalado por el parágrafo del precitado artículo 182 A del CPACA, se correrá traslado a las partes para alegar de conclusión. Al efecto esta Sección ha explicado⁵:

*“(…) De la lectura de la norma se desprende que **la posibilidad de emitir sentencia anticipada se encuentra circunscrita a los siguientes supuestos:** (i) antes de la audiencia inicial, (ii) en cualquier estado del proceso cuando se presente petición en ese sentido de las partes, **iii) cuando el juez lo estime de oficio dada la existencia de una de las excepciones que se enlista en el numeral 3,** y (iii) cuando surja de manifestación de allanamiento o transacción. En cuanto al numeral 3, de presentarse esos eventos, se deberá correr traslado a las partes para alegatos de conclusión y se dictará el fallo en los términos del inciso final.*

*Ahora bien, lo anterior debe leerse en concordancia con lo señalado en el parágrafo 2° del artículo 175 del CPACA que estableció que, **en los casos en que se vayan a declarar fundadas las excepciones de** cosa juzgada, caducidad, transacción, conciliación, **falta manifiesta de legitimación en la causa** y prescripción extintiva, **se hará mediante sentencia anticipada. Es decir, se estableció un requisito indispensable para que se pueda dar trámite a la sentencia anticipada, esto es, que alguna de estas excepciones se vaya a declarar fundada. Lo anterior tiene sentido dado que el efecto procesal de encontrar fundada alguna de estas excepciones es la terminación del proceso, ya sea porque el demandante no podía ejercer el derecho de acción** o porque el juez no puede pronunciarse sobre un tema que ya fue resuelto por las partes o mediante providencia judicial.*

Para explicar este punto, resulta procedente recordar cómo la jurisprudencia y el ordenamiento legal ha definido los efectos de cada una de estas excepciones.

(…)

*En cuanto a la caducidad y **la legitimación en la causa, son unos presupuestos procesales del derecho de acción.** El primero hace referencia al ejercicio del medio de control dentro de los plazos fijados por la ley, **el segundo es un elemento sustancial relacionado con la calidad o el derecho que tiene una persona, como sujeto de la relación jurídica sustancial, para formular o para contradecir las pretensiones de la demanda** (…)⁶ (énfasis añadido).*

⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. Auto del 7 de julio de 2021. C.P. Oswaldo Giraldo López. Expediente radicación nro. 11001-03-24-000-2016-00509-00.

⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Primera. Sentencia del 17 de marzo de 2023. Consejero Ponente:

Como se observa, a la luz del actual Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011 y Ley 2080 de 2021), es perfectamente viable dictar sentencia anticipada cuando quiera que se encuentren acreditadas las circunstancias que establece el artículo 182A, entre ellas, por ejemplo, cuando se encuentre probada la falta manifiesta de legitimación en la causa.

2.2. FALTA MANIFIESTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA RESPECTO DE ASMET SALUD EPS S.A.S. PARA LLAMAR EN GARANTÍA A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. – LA LLAMANTE EN GARANTÍA NO ES TOMADOR, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DEL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA No. 435-88-994000000011 Y POR ENDE CARECE DE UN DERECHO LEGAL Y/O CONTRACTUAL RESPECTO DE MI REPRESENTADA

Para el caso en concreto, se presenta una falta manifiesta de legitimación en la causa por activa respecto de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, puesto que la llamante en garantía no es tomadora, asegurada y/o beneficiaria del contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil, Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000011.

En esa medida, resulta imposible que la demanda Asmet Salud ESP S.A.S. exija a mi representada la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la eventual sentencia que se profiera dentro de este proceso, en los términos de los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, cuando lo cierto es que no tiene derecho legal y/o contractual alguno derivado del contrato de seguro en cuestión pues, no es ni parte, ni asegurado, ni mucho menos beneficiario del mismo.

Para sustentar la presente excepción que debe conllevar a que el despacho profiera sentencia anticipada desvinculando a mi representada del presente trámite, debe iniciarse por recordar el concepto de la legitimación en la causa. Sobre el particular, el H. Consejo de Estado en sentencias como la del 06 de febrero de 2014⁷ ha dicho lo siguiente:

“No existe debida legitimación en la causa cuando el actor es persona distinta a quien le correspondía formular las pretensiones o cuando el demandado es persona diferente a quien debía responder por la atribución hecha por el demandante.” (subrayado y negritas propias).

De igual forma, la doctrina procesalista menciona lo siguiente sobre la legitimación en la causa:

“(…) la legitimación solo existe cuando demanda quien tiene por ley sustancial facultad para ello, precisamente contra la persona frente a la cual la pretensión de que se trata tiene que ejercitada. De modo que la cualidad en

Oswaldo Giraldo López. Radicado No. 11001-03-24-000-2018-00233-00.

⁷ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION QUINTA Consejera ponente: LUCY JEANNETTE BERMUDEZ BERMUDEZ Bogotá D.C., seis (6) de febrero de dos mil catorce (2014). Radicación número: 25000-23-31-000-2011-00341-04 Actor: JOSE IGNACIO LACOUTURE ARMENTA Demandado: CONTRALOR DISTRITAL DE BOGOTA

*virtud de la cual una pretensión puede y debe ser ejercitada contra una persona en nombre propio se llama legitimación para obrar, activa para aquel que puede perseguir judicialmente el derecho y pasiva para aquel contra el cual esta se hace valer(p.141)*⁸ (subrayado y negritas propias).*

Anejo a lo anterior, se tiene que, los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, establecen que la legitimación en la causa por activa respecto del llamante en garantía radica en su derecho legal y/o contractual para exigir de otro – en este caso el llamado en garantía – la indemnización o el reembolso del pago que tuvieran que hacer como consecuencia de una sentencia desfavorable. En ese sentido, debe concluirse que ante la inexistencia de derecho legal y/o contractual alguno, se carece de legitimación en la causa por activa para efectuar un llamamiento en garantía, así, por ejemplo, lo ha dicho la doctrina:

*“Punto importante es que el llamado en garantía siempre tendrá la obligación de responder con apoyo en una estipulación negocial a propósito o en una norma legal que así lo determine; es decir, **el llamamiento siempre tendrá su origen en la ley o en el negocio jurídico**.”⁹ (subrayado y negritas propias).*

Ahora bien, una vez establecido lo anterior, corresponde precisar cuáles son las partes que integran el contrato de seguro y los sujetos que no siendo parte pueden ejercitar acción alguna en contra de la compañía aseguradora, todo ello con el fin de demostrar la ausencia de legitimación en la causa por activa respecto de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa dentro del presente proceso.

Indicado lo anterior, debe recordarse que las partes del contrato de seguro, según el artículo 1037 del Código de Comercio, son únicamente el tomador y la compañía de seguros, conforme se observa en la norma citada:

“ARTÍCULO 1037. <PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO>. Son partes del contrato de seguro:

- 1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y*
- 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.”*

Con fundamento en la norma anterior, la doctrina nacional se ha referido a las partes del contrato de seguro de la siguiente forma:

“Son partes del contrato de seguros, según lo anotamos, son el tomador y el asegurador (artículo 1037 C.Co.). Se entiende por tomador la persona

⁸ MORALES, H. (1985) Curso de Derecho Procesal Civil-Parte General, Bogotá, Colombia. Editorial ABC. Citado por: Abreo Contreras, H. H., Castellanos Gamboa, G. D., & Nava Velandia, D. M. (2015). Legitimación en causa del asegurado en el contrato de seguro grupo deudores para reclamar a favor de la entidad financiera que se pague el saldo de la obligación. *Temas Socio-Jurídicos*, 34(68), 171–198. <https://doi.org/10.29375/01208578.2258>

⁹ Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado. Pág. 299.

natural o jurídica que actuando a nombre propio o ajeno, traslada los riesgos al asegurador, y asegurador es la persona jurídica debidamente autorizada por la ley y por los reglamentos que bajo promesa asume los riesgos, y que puede estar organizada como sociedad anónima o como entidad cooperativa, que requiere la autorización previa de la Superintendencia Financiera, y se somete a su vigilancia y control.

(...)

b). El tomador. En cuanto al tomador, la norma indicada no lo define, pero, se entiende obviamente que es la persona natural o jurídica que a nombre propio o de un tercero contrata un seguro (num. 2, artículo 1037 C.Co.). Tomador puede ser cualquier persona natural o jurídica sin restricción, y es claro que esta persona puede obrar por cuenta propia o de otro, y su papel consiste en trasladar el riesgo, su ocurrencia y consecuencias al asegurador. El profesor J. GARRIGUES dice que el tomador es aquél que suscribe el seguro, asumiendo las obligaciones derivadas del mismo [ob cit., Tomo IV, pág. 277], más no es de la esencia que el “tomador” sea también asegurado o beneficiario. De hecho, suele acontecer que, en la práctica mercantil, quien obra como tomador sea igualmente el asegurado, lo cual perfectamente posible, si él tiene un “interés asegurable” y el asegurado tiene otra parte del mismo interés (artículo 1042 C.Co.), y en tal caso habrá una actuación a nombre propio, con interés asegurable propio, y otra en que se contrata por un tercero que tiene otra parte del interés asegurable.

En esencia, el tomador es el que contrata, aun sin tener un “interés asegurable” personal para ello, pues puede actuar para asegurar a un tercero (en cuyo caso es dicho tercero quien tiene el “interés asegurable” personal). El asegurado es quien tiene derecho a la prestación a cargo del asegurador, el cual resulta designado por el tomador, que puede ser la misma persona (que resulta finalmente asegurada). Más simple aún: si el tomador obra a nombre propio, por cuenta propia, con un “interés asegurable” igualmente propio, adquiere la condición de asegurado y comúnmente la de beneficiario. Pero, puede suceder también que el asegurado sea uno y el beneficiario sea otro (como en el seguro de vida). Por eso, beneficiario es quien ha de recibir la indemnización por la ocurrencia del siniestro. [A este respecto, para reafirmar lo dicho remitimos a la lectura de los artículos 1044 y 1039 C.Co.]

Si bien el de seguros no es un contrato esencialmente preparatorio como lo es el contrato civil o comercial de promesa de cierto negocio jurídico, sino que se trata de un contrato definitivo, la obligación que asume el asegurador a la celebración del mismo constituye una promesa de pagar el valor del seguro ante la ocurrencia del siniestro en las condiciones previstas en la carátula y en la póliza contentiva del seguro.

El tomador, por su parte, como ya se expresó, contrata a nombre propio o a nombre de un tercero, como está previsto en el artículo 1038 C.Co., lo cual da pie para considerar las hipótesis siguientes:

a). A nombre propio

El interés personal y/o patrimonial es suyo. Se confunden, pues, en él las calidades de tomador y asegurado. En presencia del contrato de seguro de daños, de ordinario quien toma el amparo es la misma persona que puede sufrir finalmente la pérdida patrimonial, de lo que resulta que a ella pertenece el interés asegurable [Es posible entonces que en una misma persona concurren las calidades de tomador, asegurado y beneficiario]. En los seguros de persona acontece que el tomador puede coincidir con el asegurado y que otra persona sea la beneficiaria. Nada impide que el contrato de seguro se celebre a nombre propio, cuando el tomador/asegurado tenga un interés asegurable directo, y también, al tiempo, a nombre de un tercero, aun sin representación, que igual tiene interés en el amparo del riesgo [ver, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia de 30 de septiembre de 2002, exp. 4799, M.P. CARLOS IGNACIO JARAMILLO J.].

(...)¹⁰ (subrayado y negritas propias).

De igual forma, el profesor Andrés Ordóñez menciona lo siguiente:

“Respecto de la parte asegurada, puede estar integrada, como se ha dicho, por tres posiciones o calidades jurídicas diferentes: la posición del tomador, la del asegurado y la del beneficiario; cada posición puede ser ocupada por una misma persona o grupo de personas o por personas o grupos de personas diferentes.

En el seguro de daños, el tomador es el contratante del seguro, es decir, es la persona que concurre con la aseguradora a intercambiar las manifestaciones de voluntad que van a constituir el contrato. El asegurado tiene la calidad jurídica de ser el titular del interés asegurable y el beneficiario es la persona llamada a recibir la indemnización en caso de siniestro.”¹¹ (subrayado y negritas propias).

Dicho lo anterior, corresponde determinar cómo opera el trinomio mencionado anteriormente dentro del seguro de responsabilidad civil que es precisamente el contrato de seguro que sirvió de fundamento para la vinculación de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, esto es, en otras palabras, corresponde precisar, de acuerdo con los elementos esenciales y partes de dicho negocio jurídico, quién sería el tomador, el asegurado y el beneficiario, para determinar a ciencia cierta quién tendría derecho legal y/o contractual para exigir una hipotética indemnización respecto de mi representada.

Para despejar la anterior incógnita, corresponde precisar que el tomador, en los seguros de responsabilidad civil, corresponde a aquella persona que tiene interés asegurable en que su

¹⁰ Becerra Toro, R. (2014). Nociones fundamentales de la teoría general y regímenes particulares del contrato de seguro. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Jurídica y Política, Carrera de Derecho. Págs. 77 – 81.

¹¹ Ordóñez Ordóñez, A. E. (2008). Elementos esenciales, partes y carácter indemnizatorio del contrato (Reimpresión a la primera ed.). Universidad Externado de Colombia. Pág. 60.

patrimonio no resulta afectado como consecuencia del surgimiento de una deuda proveniente de un daño. En ese sentido, por ejemplo, se ha pronunciado el profesor Juan Manuel Díaz-Granados Ortiz en su libro “EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD”:

*“Tratándose de seguro de daños, en los términos del artículo 1083 del Código de Comercio, **tiene interés asegurable toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por un riesgo**. Como acertadamente lo ha señalado la doctrina el asegurado es el titular del interés asegurable y, por consiguiente, la persona protegida.¹²*

Dado que el seguro de responsabilidad tiene por objeto, además de proteger a la víctima, salvaguardar el patrimonio del potencial responsable (quien es el asegurado), el interés se circunscribe a la preservación de dicho patrimonio que es susceptible de erosionarse por deudas de responsabilidad.

Con esta orientación la Corte Constitucional, mediante sentencia C-388 de 23 de abril de 2008, coincidió en que el asegurado en un seguro de responsabilidad civil es el responsable, cuya situación es diferente a la de la víctima:

Se tiene entonces, que mientras **el asegurado es el titular del interés asegurable y, en el seguro de responsabilidad, es aquella persona que puede ver afectado su patrimonio ante la ocurrencia de un siniestro por el cual debe responder, y cuyo patrimonio protege a través del seguro**; la víctima, es la persona que, ocurrido el siniestro sufre un daño, y en tal calidad es la persona que debe recibir la correspondiente indemnización.

A lo anterior hay que agregar que **el asegurado puede tener además, la condición de tomador del seguro, y como tal tendrá igualmente la condición de parte en el contrato de seguro**¹³, mientras que, en términos generales, la víctima del siniestro no ostenta la calidad de parte en el contrato de seguro sino de tercero que recibirá la correspondiente indemnización.

(...)

Resulta muy ilustrativo lo dicho por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en Sentencia de 10 de febrero de 2005, exp. 7614, con relación a la doble finalidad del seguro de responsabilidad, el cual mantiene la cobertura del interés del potencial responsable:

El propósito que la nueva reglamentación le introdujo, desde luego, no es, per se, sucedáneo del anterior, sino complementario “lato sensu”, porque el seguro referenciado, además de procurar la reparación del daño padecido por la víctima, concediéndole los beneficios derivados del contrato, **igualmente protege, así sea**

¹² Ossa Gómez, J. Efrén. Teoría general del seguro. El contrato. Editorial Temis, Bogotá, 1991, p. 9.

¹³ Código de Comercio, art. 1037.

refleja indirectamente, la indemnidad patrimonial del asegurado responsable, en cuanto el asegurador asume el compromiso de indemnizar los daños provocados por éste, al incurrir en responsabilidad, dejando ilesa su integridad patrimonial, cuya preservación, en estrictez, es la que anima al eventual responsable a contratar voluntariamente un seguro de esta modalidad.

Y en otra sentencia, también de 10 de febrero de 2005, exp. 7173, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, explica que el otorgamiento por la ley de una acción directa a la víctima no la coloca en la posición de asegurado, este continuará siendo el potencial responsable. La Corte se expresó en los siguientes términos:

Como se aprecia, a los seguros de esta clase, en sentido lato, se les ha otorgado una doble función de la que antes carecían, dado que, a más de proteger de algún modo y reflejamente el patrimonio del asegurado, pretenden directamente reparar a la víctima, quien, de paso, entra a ostentar la calidad de beneficiaria de la indemnización. Mírese así cómo ésta, y por consiguiente sus herederos, según el caso, no ocupan la posición de asegurados, pues su derecho frente al asegurador surge de la propia ley, que ha dispuesto claramente una prestación en su favor, en calidad de beneficiarios, aunque circunscrita a los lineamientos trazados por el contrato de seguro —y en lo pertinente por la misma ley—, de modo que la víctima, ha de reiterarse, no sólo se tendrá como beneficiaria de la indemnización —artículo 1127 in fine—, sino que estará asistida, además, de una acción directa como instrumento contra el asegurador, como inequívocamente aflora del tenor del artículo 1133 ejusdem, modificado por el 87 de la Ley 45 de 1990, por el cual “en el seguro de responsabilidad civil los damnificados tienen acción directa contra el asegurador. Para acreditar su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077, la víctima en ejercicio de la acción directa podrá en un solo proceso demostrar la responsabilidad del asegurado y demandar la indemnización del asegurador”.

Ahora bien, las pólizas protegerán el interés de aquellas personas que ostenten la calidad de asegurados en el contrato de seguro. Dicha identificación se establece bien mediante la indicación en la carátula de la póliza del nombre del asegurado o en forma complementaria a través de cláusulas que extienden la calidad de asegurado a otras personas no mencionadas en dicha carátula.”¹⁴ (subrayado y negritas propias).

Visto lo expuesto por el profesor Juan Manuel Díaz-Granados y por la jurisprudencia nacional que cita dicho autor, lo cierto es que en el seguro de responsabilidad civil sólo será parte del contrato el tomador – que la mayoría de las veces resulta ser el asegurado – y la víctima detentará derechos como beneficiario del mismo, por lo que sólo de dichas personas se puede predicar un derecho legal – en el caso de la víctima – y/o contractual – en el caso del tomador y asegurado – de exigir una indemnización respecto de la compañía aseguradora.

¹⁴ Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 99 – 101.

Del anterior recuento, además de excluir como tomador y/o asegurado a Asmet Salud EPS S.A.S. pues no celebró el contrato de seguro con mi representada y tampoco con dicho negocio jurídico se pretende proteger su patrimonio por la responsabilidad civil en la que incurra, conforme se expondrá más adelante, también se debe precisar que resulta imposible que dicho llamante en garantía sea considerado como el beneficiario de la Póliza No. 435-88-994000000011, ello con fundamento en el artículo 1127 del Código de Comercio que designa a las víctimas como beneficiarias de la indemnización:

*“ARTÍCULO 1127. <DEFINICIÓN DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD>. <Artículo subrogado por el artículo 84 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el 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.*

Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055.” (subrayado y negritas propias).

De igual forma, para despejar cualquier duda sobre la carencia absoluta de legitimación en la causa de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa con fundamento en el seguro de responsabilidad civil documentado en la Póliza No. 435-88-994000000011, se tiene establecido por la doctrina que las personas que pueden ejercer acción directa – a pesar de no ser parte en este contrato de seguro – son únicamente las personas legitimadas en la causa activa en materia de responsabilidad civil, personas dentro de las cuales lógicamente no se encuentra la demandada. Así, por ejemplo, lo ha dicho la doctrina nacional:

“En nuestro ordenamiento la víctima ha sido catalogada como beneficiario y, en consecuencia, tiene acción directa en contra del asegurador.

(...)

3. Personas legitimadas para ejercer la acción directa

La acción directa la pueden ejercer todas las personas legitimadas en la causa activa en materia de responsabilidad civil y no solo la víctima directa del daño.

Así, son titulares de la acción:

- *La víctima directa, naturalmente.*
- *Las víctimas por rebote, quienes sufren un daño propio.*
- *Los herederos de unos u otros.*
- *Los causahabientes a título singular de los derechos de la víctima (incluida la aseguradora que ha pagado una indemnización por un seguro de daños, la cual se subroga contra el responsable del siniestro y, obviamente, contra la aseguradora de la responsabilidad).*

En Sentencia de 10 de febrero de 2005, exp. 7173, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia coincide con lo expuesto al decir: “Por consiguiente, la legitimación en la causa para su promoción será la que corresponda en materia de responsabilidad civil a todo aquel que ha recibido directa o indirectamente un daño, esto es, a la víctima o sus herederos, siempre que sean titulares de intereses que se hayan visto afectados por la conducta nociva del agente del referido daño”. (...)”¹⁵

Para el caso en concreto, teniendo en cuenta que en el seguro de responsabilidad civil el tomador y asegurado (en caso de que ambas calidades concurren en una misma persona) es quien resulta ser parte del contrato de seguro y quien ve protegido su patrimonio y, a su vez, que las potenciales víctimas ocupan la posición de beneficiarios, se tiene que en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000011 figuran como tomador, asegurado y beneficiario los siguientes sujetos:

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.954-2

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGE: 435 RAMO: 88 PAP: 19
DIA MES AÑO 19 12 2016 VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO 19 12 2017 HORAS 23:59
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS 365
MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION** VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO 19 12 2016 HORAS 23:59
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS 365

DATOS DEL TOMADOR
NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**
DIRECCIÓN: **CR 2 12 25** CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA** TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**
DIRECCIÓN: **CR 2 12 25** CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA** TELÉFONO: **3206745921**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

Como se podrá observar, dentro del contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000011 figuran, únicamente, como tomador y asegurado la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE y como beneficiarios los terceros afectados que, como se vio, son las eventuales víctimas de la responsabilidad civil que sea imputable al asegurado, circunstancia dentro de la cual no se puede encuadrar al llamante en garantía Asmet Salud EPS S.A.S. pues dicho sujeto resulta ser un extraño al contrato de seguro que le sirvió de fundamento para vincular a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.

Visto lo que antecede, resulta absolutamente claro que la llamante en garantía Asmet Salud EPS S.A.S. no tiene ningún derecho legal y/o contractual – en los términos de los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – para llamar en garantía a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, pues lo cierto es que la EPS demandada no es tomadora porque no suscribió el contrato de seguro, no es asegurada porque con la Póliza No. 435-88-994000000011 no se pretende proteger su patrimonio contra la responsabilidad civil en el que incurra la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE y mucho menos es beneficiaria pues dicho lugar lo ocupan las

¹⁵ Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana. Pág. 267.

eventuales e hipotéticas víctimas de la responsabilidad civil en la que incurra la asegurada.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada la excepción propuesta y en esa medida desvincular a mi representada mediante sentencia anticipada consagrada en el artículo 182A del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo ante la falta manifiesta de legitimación en la causa por activa de Asmet Salud EPS S.A.S. al no derivar ningún derecho legal y/o contractual del contrato de seguro que sirvió de fundamento para realizar su llamamiento en garantía.

III. EN CONSECUENCIA, DE LO ANTERIOR, SE SOLICITA LA DESVINCULACIÓN DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA AL SER LLAMADA EN GARANTÍA POR UNA SOCIEDAD QUE CARECÍA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA

Estando acreditada la falta manifiesta de legitimación en la causa por activa respecto de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, y en la medida en que esta última no ha sido demandada o llamada en garantía por ninguna de las otras partes y/o terceros del presente proceso en virtud de la póliza de responsabilidad civil que sirvió de fundamento para su vinculación, se solicita la desvinculación de la compañía aseguradora que se representa pues su presencia dentro del presente proceso resultaría inoficiosa y no cumpliría con ninguno de los presupuestos que contemplan los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo en caso de accederse a la solicitud de sentencia anticipada realizada de conformidad con el artículo 182A *ejusdem*.

IV. CAPÍTULO I. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

4.1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

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

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

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, se observa en la historia clínica de la atención brindada a la señora Manuela Solis Segura

(q.e.p.d.) en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI que se le practicaron exámenes de orina, exámenes de hematología, exámenes de inmunología y exámenes de química sanguínea.

4.1.4. FRENTE AL HECHO CUARTO: No es cierto, de conformidad con las pruebas documentales que reposan dentro del expediente. Se niega el hecho número cuarto (4º) en la medida en que la historia clínica de atención brindada a la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI se observa lo siguiente:

YURIS CASSIANI IRIARTE
BACTERIOLOGO(A)
Registro: 30843592
Fecha de Digitación sábado, 14 de agosto de 2021 01:33:16 p. m.
Nº de Ingreso B8910
PRUEBA CUALITATIVA DE DENGUE
IgG: POSITIVO IgM: POSITIVO Lote: Marca:
PRUEBA CUALITATIVA DE LEPTOSPIRA
IgG: NEGATIVO IgM: POSITIVO Lote: Marca:

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

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, se observa en la historia clínica de la atención brindada a la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI remisión de la paciente con fecha del 13 de agosto de 2021 en la cual se indica como motivo de la remisión el siguiente:

Se imprimió desde el Software SIFIMED el miércoles, 18 de agosto de 2021 a las 08:58 a. m.
Página 1 de 2
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE
REMISION
DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE
Identificación: CC 25434439 Nombre: MANUELA SOLIS SEGURA F. de Nacimiento: 21/01/1949
Edad: 72 A 6 M 21 D Dirección: CHICOPEREZ Teléfono Fijo: Celular: 3145639867
Municipio: GUAPI Tipo de usuario: BENEFICIARIO Nivel: 1
Entidad: ASMET SALUD EPS SAS Contrato: CAU-383-519 - COMPLEJIDAD BAJA
DATOS DE LA REMISION
Consecutivo: 406 Número de Admisión: B8119
Fecha y Hora de digitación: viernes, 13 de agosto de 2021 9:24 p. m.
Entidad a la que se Remite: ASMET SALUD EPS
Especialidad: MEDICINA INTERNA Profesional que recibe:
Es Prioritaria
MOTIVO CONSULTA
MI MAMA ESTA MAL
ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA + ACV CON SECUELAS. EN COMPAÑIA DE SU HIJA (JOSEFINA SOLIS) CON CUADRO CLÍNICO QUE INICIA EL 7 DE AGOSTO CONSISTENTE EN MALESTAR GENERAL, ADINAMIA, HIPOREXIA, MAREO MODERADO, NIEGA ALZAS TÉRMICAS. NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA DIARREA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA OTROS SÍNTOMAS. EL DÍA 11 DE AGOS CONSULTO POR URGENCIAS SE LE TOMAN PARACLÍNICOS QUE INFORMAN *CH; HB:1.8 HTC: 29.6 PLT: 221.000 LEUCO: 13200 NEU: 82.6 LIN: 8.6 *GG: NEGATIVO *PO: AMARILLO LIG TURBIO DED: 1010 PH: 6.0 LEUCO: 1-2XC CEL EPI BAJAS GLINDROS HIALINOS 2-4XC BATE: + *SARS COV2 ANTIGENO NEGATIVO. SE DIO MANEJO AMBULATORIO CON SULFATO FERROSO. HOY REINGRESA POR CONTINUAR CON MAREO MAS INTENSOS, ASOCIADO A EXPECTORACIÓN SANGUINOLENTA (HEMOPTISIS) ASOCIADO A ODINOFAGIA, DISFAGIA. SE TOMAN NUEVOS
MOTIVO DE LA REMISION
PCT DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA +ACV AHORA CON TROMBOCITOPENIA(PLT: 59.000), ICTÉRICA, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE CONTROL PARA MAÑANA (GOTA GRUESA, DENGUE, LEPTOSPIRA, PRUEBAS HEPÁTICAS *NO DISPONIBLES EN LA INSTITUCIÓN*) SE INICIA REMISIÓN A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD COMO URGENCIA VITAL PARA MANEJO POR MEDICINA INTERNA.
PERSONALES:
HTA + ACV
GINECOLOGICOS:
Paciente Embarazada Edad Gestacional: 0,0 Fetocardia: 0 Contracciones x Min: 0 Monitoreo Fetal
Frecuencia Cardíaca Fetal: 0 DIPS
FAMILIARES:
NIEGA

Transcripción esencial: “PCT DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA +ACV AHORA CON TROMBOCITOPENIA(PLT: 59.000), ICTÉRICA, SE SOLICITAN PARACLÍNICOS DE CONTROL PARA MAÑANA (GOTA GRUESA, DENGUE, LEPTOSPIRA, PRUEBAS HEPÁTICAS *NO DISPONIBLES EN LA INSTITUCIÓN*) SE INICIA REMISIÓN A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD COMO URGENCIA VITAL PARA MANEJO POR MEDICINA INTERNA.”

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, en especial, la historia clínica de la atención brindada a la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, se puede observar que la paciente acudía a las instalaciones de la E.S.E. GUAPI por presentar periódicamente afectaciones en su salud, como se puede observar en la historia clínica aportada por la empresa social del Estado, esto en atención a que para el año 2014 se registra presión alta y falta de adherencia al tratamiento que provoca dolores en el pecho y debilidad, se registra entumecimiento de las manos, dolores de cabeza y espalda por secuelas del accidente cerebrovascular que de manera frecuente le causaban desmayos por los cuales debía acudir al servicio de urgencias, como se puede ver en las siguientes notas:

EVOLUCIÓN REINGRESA PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS 160/110 MMHG, CON DIFICULTAD PARA LA COMUNICACION, SE TOMA GLUCOMETRIA 134MG/DL, FAMILIARES REFIEREN QUE SE ENCONTRABA CONVERSANDO CON ELLOS CUANDO DE REPENTE SE DESMAYO. SE INDICA MANEJO MEDICO. DIAGNÓSTICO Documento de venta: 193180011501-FV-1003620 Ingreso a urgencias: [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Salida de urgencias: [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Principal de consulta: [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Impresión diagnostica Fecha de ingreso al servicio: 27-Abr-2017 10:34 am Servicio de egreso: 1200 Atención Médica Permanente (URGENCIAS) Fecha y hora de egreso: 27-Abr-2017 09:00 pm Remitido a: MEDICINA INTERNA / OTROS PRESTADORES Remitido a: CONSULTA ESPECIALIZADA / OTROS PRESTADORES Remitido a: MEDICINA INTERNA / OTROS PRESTADORES Orden médica: 193180011501-OMED-146459, 28-Abr-2017 - Captopril Tableta 50 mg, TABLETA CON O SIN RE, #3, SUBLINGUAL, 1 TAB CADA 20 MIN PREVIA TOMA DE TA - SOLUCION SALINA NORMAL (BOLSA x 500 ML), #1,, - Equipo de venoclisis macro, #1,, - YELCO, #1,,	 PROFESIONAL: [0088] YANDIRA MARCELA CAICEDO - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA [193180011501] EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI **NOTAS DE ENFERMERIA del 28-Abr-2017 12:55 pm: 68 Años Id: 244643 EXÁMEN FÍSICO Inspección general: REGULARES CONDICIONES Frec. cardíaca: 64, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: --, Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: 120 / 160, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: -- NOTA DE ENFERMERIA INGRESA PAC MAYOR DE 68 AÑOS DE SEXO FEMENINO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN BRAZOS DE FAMILIAR DESPIERTA , INCONSCIENTE , AFEBRIL , DESORIENTADA EN TIEMPO ,LUGAR Y PERSONA SE OBSERVA PACT EN REGULARES CONDICIONES FAMILIAR REFIERE QUE SU MAMA SE CAYO SE VALORADA POR LA DR YANDIRA LO CUAL ORDENA GLUCOMETRIA 134 MGD/L SE CUMPLE Y SE INFORMA + CANALIZARLA CON SSN 0.9 DE 500ML + CAPTOBRIL SUBLINGUAL DE 50MG DAR 1 CADA 20 MINUTOS + DICLOFENACO AMP X 75 MG IM DOSIS UNICA + DEXAMETSONA AMP X 4
---	--

Además de lo anterior, se puede observar en la historia clínica de la paciente, que la misma presentaba lipotimia y “episodio de síncope en casa” lo cual generaba desmayos constantes y nuevamente falta de adherencia al tratamiento ordenado para la hipertensión y la recuperación del accidente cerebrovascular que había sufrido:

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NIEGA

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

HISTORIA REPRODUCTIVA

Aborto hab./infertilidad: -- Retención placentaria: -- Neonatos > 4000 grs.: -- Neonatos < 2500 grs.: --

HTA en embarazo: -- Emb. múltiple/Cesárea: -- Mortinato/Muerte neonat.: -- Parto prolongado/difícil: --

** RIESGO VIOLENCIA O MALTRATO / RIESGO VIOLENCIA O MALTRATO **

Es víctima de maltrato: No es víctima de maltrato

** RIESGO VIOLENCIA SEXUAL / RIESGO VIOLENCIA SEXUAL **

23- Víctima de violencia sexual.: 2- No.

PROFESIONAL: [0116] CINDY NOLENA PORTOCARRERO OBREGON - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA [193180011501] EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI

**Evolución del 13-Feb-2019 10:51 am: 70 Años

Id: 457443

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE INGRESA EN COMPAÑÍA DE HIJA (MANUELA) DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS

HCTZ TAB 25MG. 1 TAB VO CADA DÍA

ASA TAB 100MG. 1 TAB VO CADA DÍA

LOVASTATINA TAB 20MG. 1 TAB EN LA NOCHE

SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION POR MEDICIN AINTERNA

EVOLUCIÓN

PACIENTE FEMENINA DE 70 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACV HACE 9 AÑOS, HTA PACIENTE POCO ADHERENTE AL TRATAMIENTO, QUIEN DESDE EL 29 DE OCTUBRE DEL 2018 NO ASISTE A CITA DE CONTROL DONDE ESTUVO SIN TRATAMIENTO, EN EL MOMENTO PACIENTE CON CEFALEA LEVE, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, PACIENTE QUIEN HA CONSULTADO EN AL SERVICIO DE URGANCIAS POR CIFRAS TENSIONALES ALTAS AHORA CON TA: 100/60 MMHG

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 193180011501-FV-1152624

Principal de consulta: [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) -

Confirmado repetido

Servicio de egreso: 1414 ATENCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL En internación

Remitido a: MEDICINA INTERNA / OTROS PRESTADORES

Remitido a: CONSULTA ESPECIALIZADA / OTROS PRESTADORES

Remitido a: MEDICINA INTERNA / OTROS PRESTADORES

Orden médica: 193180011501-OMED-242692, 13-Feb-2019

- HEMOGLOBINA GLICOSILADA

- HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA,

- _(PYP) COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

- _(PYP) COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO

- CREATININA EN SUERO, ORINA

- GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA

- TRIGLICERIDOS +

Orden médica: 193180011501-OMED-242694, 13-Feb-2019

Antes de la Tabla 500 mg. TABLETA CON GUSTO DE NARANJA

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas obrantes dentro del expediente, no se observa registro alguno en el que conste que el traslado de la paciente se haya solicitado desde el día 10 de agosto de 2021, esto según el registro de la historia clínica y la bitácora de referencia que se adjunta, el trámite inicio el mismo día 13 de agosto de 2021, día en que fue ordenado por los médicos de la ESE GUAPI y solicitado a la EPS. Según consta en la contestación realizada por Asmet Salud E.P.S. S.A.S., ese día se inició proceso de referencia comentando a la paciente a la red de mayor complejidad del Valle del Cauca y Cauca logrando un cupo en el HUSJ de Popayán y garantizando el traslado en ambulancia aérea siendo trasladada por el prestador SOLAIR.

En el expediente se observa que la remisión tiene por fecha 13 de agosto de 2021 y contrario a lo afirmado por los demandantes, no se observa ninguna solicitud de remisión desde el día 10 de agosto de 2021, veamos:

Se imprimió desde el Software SIFYMED el miércoles, 18 de agosto de 2021 a las 08:58 a. m.

Página 1 de 2

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

NIT:900146012-0

Código de Habilitación:193180011501

KR 2 # 12 - 25 - 57928401007 - - GUAPI

REMISION

DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE

Identificación: CC 25434439

Nombre: MANUELA SOLIS SEGURA

F. de Nacimiento: 21/01/1949

Edad: 72 A 6 M 21 D

Dirección: CHICOPEREZ

Teléfono Fijo:

Celular: 3145639867

Municipio: GUAPI

Tipo de usuario: BENEFICIARIO

Nivel: 1

Entidad: ASMET SALUD EPS SAS

Contrato: CAU-383-S19 - COMPLEJIDAD BAJA

DATOS DE LA REMISION

Consecutivo: 406

Número de Admisión: B8119

Fecha y Hora de digitación: viernes, 13 de agosto de 2021 9:24 p. m.

Entidad ala que se Remite: ASMET SALUD EPS

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Profesional que recibe:

☒ Es Prioritaria

- 4.1.9. FRENTE AL HECHO NOVENO:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 4.1.10. FRENTE AL HECHO DÉCIMO:** 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.
- 4.1.11. FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 4.1.12. FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO:** No se trata de un hecho en la forma en que se encuentra redactado, sino que corresponde, en todo caso, a afirmaciones subjetivas realizadas por la parte demandante.

En este punto, corresponde recordar de la mano del profesor Hernán Fabio López Blanco que afirmaciones como las realizadas por el extremo activo de la presente litis son contrarias a la técnica procesal y a la exigencia de unos hechos claros y concretos, sobre el particular menciona lo siguiente el tratadista en cuestión:

“En el aparte de los hechos no cabe, dentro de una estricta técnica procesal, realizar apreciaciones subjetivas acerca de posibles formas de ocurrencia de lo que se quiere probar, como tampoco interpretaciones legales de ciertas disposiciones, errores éstos que se observan frecuentemente en las demandas. Ciertamente, debe realizarse un escueto relato de los hechos tal como se afirma ocurrieron, tratando, en lo posible, evitar todo matiz subjetivo en su redacción, pues se debe tener siempre presente que lo que se va a hacer en el proceso es precisamente probar ante el juez cómo ocurrieron las circunstancias relatadas en el acápite de los hechos.”¹⁶
(subrayado y negritas propias).

En todo caso, lo afirmado respecto del dictamen pericial aportado junto con la demanda es objeto de contradicción de conformidad con el artículo 228 del Código General del Proceso y el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

- 4.1.13. FRENTE AL HECHO DÉCIMO TERCERO:** No se trata de un hecho en la forma en que se encuentra redactado, sino que corresponde, en todo caso, a afirmaciones subjetivas realizadas por la parte demandante.

¹⁶ López Blanco, H. F. (2019). Código general del proceso. Parte general. Dupre Editores Ltda. Pág. 518.

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, se observa en la historia clínica de la atención brindada a la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI que si se tomaron y reportaron las pruebas de Dengue y Leptospira para el 14 de agosto de 2021:

YURIS CASSIANI IRIARTE BACTERIOLOGO(A) Registro: 30843592			
Fecha de Digitación		sábado, 14 de agosto de 2021 01:33:16 p. m.	
		N° de Ingreso B8910	
PRUEBA CUALITATIVA DE DENGUE			
IgG: POSITIVO	IgM: POSITIVO	Lote:	Marca:
PRUEBA CUALITATIVA DE LEPTOSPIRA			
IgG: NEGATIVO	IgM: POSITIVO	Lote:	Marca:

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, se observa dictamen pericial realizado por el médico Eduardo José de la Hoz Merlano. Sin embargo, no se observan pruebas que acrediten el dicho de la parte actora frente al pago por la realización de dicha experticia.

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

En todo caso, lo afirmado por la parte demandante en el hecho décimo quinto de la demanda resulta ser una afirmación subjetiva y sin sustento alguno, pues no existe ni una sola prueba que comprometa la responsabilidad patrimonial de las demandadas a título de falla del servicio.

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

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

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

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

4.1.20. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO: No se trata de un hecho en la forma en que se encuentra redactado, sino que corresponde, en todo caso, a afirmaciones subjetivas realizadas por la parte demandante.

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

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, se observa constancia dada el Popayán a los once (11) días del mes de octubre de 2023 por la Procuraduría 39 Judicial II para Asuntos Administrativos donde informa la fecha de radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial el día 10 de agosto de 2023 y la imposibilidad de llegar a un acuerdo conciliatorio como consecuencia de la falta de ánimo conciliatorio de las partes.

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

4.2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DE PRETENSIONES

4.2.1. A LA PRETENSIÓN (DECLARATIVA): Respetuosamente manifiesto que **ME OPONGO** rotundamente a la declaratoria de responsabilidad administrativa y patrimonial pretendida

por los actores, porque tal y como se ahondará en el acápite de excepciones, no se encuentran probados todos y cada uno de los presupuestos de la responsabilidad extracontractual del Estado por la prestación del servicio médico-asistencial, sino que, contrario a lo afirmado en la demanda, se encuentra acreditado que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI prestó de manera adecuada, oportuna y conforme a la *lex artis* todos los servicios médicos a la a la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.), por lo que, no sólo se impone el fracaso de las pretensiones de la demanda que ahora ocupa la atención del despacho, sino que además debe declararse que el asegurado, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, actuó de forma diligente y cuidadosa, no existiendo nexo de causalidad alguno entre el actuar de la Empresa Social del Estado en cuestión y los riesgos y pre-existencias con los que contaba la paciente que incidieron en el trágico desenlace que es materia de escrutinio por parte del despacho.

4.2.2. A LA PRETENSIÓN PRIMERA (PERJUICIOS MORALES): Respetuosamente manifiesto que **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados por los demandantes por varias razones a saber: **primero**, porque los perjuicios solicitados de ninguna forma pueden ser imputables a la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI; **segundo**, porque no se ha probado la relación afectiva entre algunos de los demandantes – como resulta ser el caso los demandantes EMITELIA SOLIS MORENO y JOSE ANTONIO SOLIS MORENO (sobrinos)– y la víctima directa, según lo establece la jurisprudencia del Consejo de Estado desde el 28 de agosto de 2014; y, **tercero**, porque las cuantías solicitadas por los demandantes exceden los baremos fijados por el H. Consejo de Estado en sus sentencias de unificación del 28 de agosto de 2014 y en el documento aprobado por la Sala Plena de la Sección Tercera de dicha corporación en la misma fecha.

4.2.3. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (“PERJUICIOS MATERIALES”): Respetuosamente manifiesto que **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de “**PERJUICIOS MATERIALES**” solicitados por los demandantes por dos razones a saber: **primero**, porque los perjuicios materiales solicitados de ninguna forma pueden ser imputables a la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI; y, **segundo**, porque no se aporta ninguna factura o documento equivalente que de certeza sobre la veracidad de las supuestas erogaciones patrimoniales sufridas por los demandantes. En ese sentido y con el propósito de fundar desde ya la oposición respecto de dichos perjuicios materiales debe recordarse que el H. Consejo de Estado ha exigido que tales erogaciones se acrediten mediante facturas so pena de negar su reconocimiento, tal y como ocurrió en la sentencia del 28 de mayo de 2015 donde se dijo lo siguiente:

“A título de daño emergente les fue concedido a los demandantes el valor de dos millones seiscientos doce mil cuatrocientos sesenta y un pesos (\$2.612.461), por las reparaciones realizadas al vehículo una vez les fue entregado.

La Sala modificará esta disposición del fallo apelado para, en su lugar, disponer que no hay lugar a que se indemnice por ese concepto. Esto por cuanto ninguna de las documentales aportadas con el fin de sustentar esas

erogaciones (fls. 69 y s.s., c. 8) reúne los requisitos previstos en el artículo 617 del Estatuto Tributario, en especial los relativos a la calidad de retenedor del vendedor, ni la discriminación del IVA, siendo obligación del comprador exigir la factura de compra de conformidad con los requisitos legales. De tal manera, **ninguna credibilidad otorgan los recibos informales aportados sobre la veracidad de las transacciones sobre las que versan, ni puede reconocérseles valor cuando no cuentan con los requisitos previstos en la ley para su validez.**

Por ende, no hay lugar a reconocimiento indemnizatorio alguno por concepto de las sumas presuntamente erogadas por los demandantes para la refacción del rodante.¹⁷ (énfasis añadido).

En ese sentido, la pretensión de la demanda encaminada al reconocimiento y pago de perjuicios materiales se encuentra condenada al fracaso puesto que dichas erogaciones patrimoniales ni siquiera se soportan en facturas o documentos equivalentes.

4.2.4. A LA PRETENSIÓN TERCERA (LUCRO CESANTE FUTURO): Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago del lucro cesante consolidado y futuro que se solicita en la demanda pues, además de que la pretensión económica en cuestión no refleja una liquidación acorde con los postulados decantados por la jurisprudencia del H. Consejo de Estado como podría ser la resta del 25% correspondiente a los gastos personales del occiso, lo cierto es que el perjuicio material pretendido no es de ninguna forma imputable a las demandadas.

En todo caso, debe recordarse que el lucro cesante está exento de toda presunción judicial o legal, pues para la probanza de dicho perjuicio material opera con todos sus efectos la carga de la prueba en cabeza de los demandantes, como bien lo ha dicho el H. Consejo de Estado en Sentencia del 1 de noviembre de 2023¹⁸:

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

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

¹⁷ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección B. Sentencia del 28 de mayo de 2015. Consejero Ponente: Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Radicado No. 18001-23-31-000- 2001-00154-01(33732)

¹⁸ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN C CONSEJERO PONENTE: NICOLÁS YEPES CORRALES. Sentencia del primero (1º) de noviembre de dos mil veintitrés (2023). Referencia: REPARACIÓN DIRECTA. Radicación: 23001233100020090010301 (49469). Demandante: LUISA MARTÍNEZ LÓPEZ Y OTROS. Demandado: DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA

sustentaba su propia subsistencia y la de su familia” (subrayado y negritas propias).

En la medida en que no se ha probado, ni siquiera mediante prueba sumaria, que los demandantes recibieran ayuda económica de la occisa y que a consecuencia del daño se dejó de recibir esa ayuda, los efectos de la carga de la prueba deben operar con todos sus efectos y el perjuicio material pretendido debe ser negado.

De igual forma, como si lo anterior no fuese poco, debe tenerse como un aprueba en contra de la pretensión solicitada, el hecho de que la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) estuviese afiliada al régimen subsidiado en salud como puede observarse en la certificación que se aporta junto con la presente contestación de la demanda y del llamamiento en garantía:





ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	25434439
NOMBRES	MANUELA
APELLIDOS	SOLIS SEGURA
FECHA DE NACIMIENTO	***
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	GUAPI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/08/2010	17/08/2021	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 12/11/2024 19:36:29 | Estación de origen: | 192.168.70.220

Lo anterior demuestra que la occisa pertenecía a un grupo poblacional vulnerable sin capacidad de pago, circunstancia que pone seriamente en duda que la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) pudiese brindar ayuda económica a sus familiares, cuando es claro que no tenía siquiera capacidad de pago dentro del sistema general de seguridad social en salud. En este punto, recuérdese que el sistema subsidiado está encaminado a la afiliación de la población pobre y vulnerable del país, tal y como se expone en la página oficial del Ministerio de Salud¹⁹:

“¿Qué es el régimen subsidiado?

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

¹⁹<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/regimensubsidiado.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20subsidiado%20es%20el,subsidio%20que%20ofrece%20el%20Estado>

contribuir.

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

Es responsabilidad de los entes territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el aseguramiento.

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

En todo caso, debido a la ininteligible redacción utilizada en la demanda, si la pretensión se encuentra encamina al reconocimiento y pago del lucro cesante sufrido por los demandantes como consecuencia de una supuesta imposibilidad de laborar, lo cierto es que la pretensión igualmente se encuentra condenada al fracaso pues lo cierto es que no existe ninguna prueba sobre el particular, circunstancia que impide el reconocimiento de tales perjuicios ante la necesidad de la prueba en toda decisión judicial de conformidad con el artículo 164 del Código General del Proceso aplicable a la presente controversia en virtud de los artículos 211 y 306 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

4.2.5. A LA PRETENSIÓN CUARTA (PÉRDIDA DE LA OPORTUNIDAD): Respetuosamente manifiesto que **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de una “*pérdida de la oportunidad*” porque el H. Consejo de Estado ha establecido de antaño que dicha construcción jurisprudencial y teórica no es el camino para evitar la probanza del nexo de causalidad como pretende hacerlo la parte demandante. En todo caso, lo cierto es que tampoco ha acreditado la pérdida de una oportunidad o chance de sobrevida respecto de la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.).

En general **ME OPONGO** a todas y cada una de las pretensiones formuladas por los demandantes a través del medio de control de reparación directa como consecuencia de la inexistencia de los presupuestos necesarios para el surgimiento de la responsabilidad extracontractual de Estado por la prestación del servicio médico-asistencial, la inexistencia de un nexo de causalidad entre la conducta diligente y cuidadosa desplegada por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI en la atención de Manuela Solis Segura (q.e.p.d.), las pre-existencias de la víctima directa, la inexistencia de los perjuicios materiales e inmateriales solicitados, la excesiva tasación de dichos perjuicios y en algunos de ellos su atipicidad dentro de la jurisprudencia unificada de la Sección

Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado y, en general, por la falta de fundamentos fácticos y jurídicos de la demanda incoada.

4.3. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

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

4.3.1. DE FONDO O MÉRITO

4.3.1.1. INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS DE LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO – INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO – AUSENCIA DE ELEMENTOS PROBATORIOS PARA LA CONFIGURACIÓN DE LA FALLA Y/O CULPA MÉDICA

Todas y cada una de las pretensiones de la demanda deben ser negadas, pues los demandantes no han probado, como es su deber, de conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable a esta controversia de conformidad con los artículos 211 y 306 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los presupuestos de la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico-asistencial, en especial, no han acreditado las razones por las cuales la atención brindada a la paciente Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) fuese supuestamente errónea, máxime cuando no se aporta ni una sola prueba que indique con claridad cuál era el tratamiento que – en opinión de la parte actora – debía seguirse, y mucho menos se han aportado medios de prueba que acrediten alguna inobservancia de la *lex artis* para el caso en concreto, por lo que se le solicita al despacho dar plena aplicación a la regla de la carga de la prueba y resolver en contra de quien incumplió dicha carga, es decir, los demandantes.

Para sustentar la presente excepción corresponde poner de presente desde ya que la parte actora no se puede valer únicamente de su dicho para pretender configurar el débito indemnizatorio a cargo de las demandadas, pues, vale la pena resaltar que en asuntos como el que ahora ocupa la atención del despacho, se aplica el título de imputación subjetivo denominado falla del servicio y, para ser más concretos, falla del servicio en su modalidad probada, como acertadamente lo ha dicho el H. Consejo de Estado desde sentencias como la del 29 de julio de 2021²⁰:

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

²⁰ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN C. Consejero ponente: GUILLERMO SÁNCHEZ LUQUE. Sentencia veintinueve (29) de julio de dos mil veintiuno (2021). Radicación número: 05001-23-31-000-2007-03306-01(46672). Actor: DANIEL ESTEBAN DE LOS RÍOS Y OTROS. Demandado: NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA, POLICÍA NACIONAL. Referencia: APELACIÓN SENTENCIA - ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que persiguen.

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

Para acreditar la falla y el nexo causal, el demandante puede acudir a todos los medios de prueba, pero en materia médica cobra especial importancia el dictamen pericial y los indicios, los que, a su vez, pueden establecerse a partir de conductas procesales de las partes, como no aportar la historia clínica o hacerlo de forma incompleta, en los términos del artículo 249 CPC. No obstante, la existencia de indicios no es suficiente por sí misma para estructurar los elementos de la responsabilidad. Es necesario que estos sean coherentes con el resto del acervo probatorio, luego de una valoración bajo los criterios de la sana crítica y las reglas de la experiencia²¹.” (subrayado y negritas propias).

De igual forma, la sentencia que se trae a colación precisa las formas en las que se puede presentar la falla del servicio en la prestación del servicio médico por error en el diagnóstico y consecuentemente error en el tratamiento, sobre el particular dice lo siguiente el H. Consejo de Estado:

“9. Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico es el diagnóstico, pues sus resultados permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico. El error de diagnóstico, que conlleva a un error en el tratamiento, ocurre (i) por indebida interpretación de los síntomas del paciente; (ii) por la omisión de practicar los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto; (iii) cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente; y (iv) por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento”²².

Como se observa, en virtud de la falla del servicio médico invocada por los demandantes, estos debían probar que se habían interpretado de forma errónea los síntomas de la paciente, una omisión en la práctica de exámenes que resultaban indicados para el caso en concreto, que no se hubiesen agotado los recursos científicos y técnicos al alcance de la institución médica respectiva para determinar con precisión cuál era la enfermedad que sufría la paciente o no hacer el seguimiento que correspondía a la evolución de la enfermedad.

²¹ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, Rad. 15.772, [fundamento jurídico 4], en Antología Jurisprudencias y Conceptos, Consejo de Estado 1817-2017 Sección Tercera Tomo B, Bogotá, Imprenta Nacional, 2018, pp. 349-350, disponible en <https://bit.ly/3gijduK>.

²² Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. n°. 19.846 [fundamento jurídico 2.2].

No obstante lo anterior, lo cierto es que los demandantes no han aportado ni una sola prueba que sustente alguna de las hipótesis planteadas por la jurisprudencia como constitutivas de error de diagnóstico o de tratamiento, pues la única actividad que se limitaron a ejercer fue realizar manifestaciones en su escrito de demanda, que, por cierto no dan cuenta de las pre-existencias y comorbilidades que presentaba la paciente como su condición de hipertensa y el Accidente Cerebrovascular que había presentado en un pasado, y que no prueba por qué el diagnóstico que se le brindo a la paciente Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) supuestamente fuese erróneo, o, por lo menos precisar cuáles eran los exámenes indicados, que en opinión de los demandantes, se debieron haber llevado a cabo.

De igual forma, si bien la parte actora considera, en los hechos y fundamentos de su demanda, que se realizó un diagnóstico erróneo de Dengue y Leptospirosis, no se explican sus razones y, contrario a lo afirmado en la demanda se observa que dichos exámenes si se realizaron, como puede verse en la misma historia clínica que aporta la parte demandante:

				YURIS CASSIANI IRIARTE BACTERIOLOGO(A) Registro: 30843592	
Fecha de Digitación sábado, 14 de agosto de 2021 01:33:16 p. m.				N° de Ingreso B8910	
PRUEBA CUALITATIVA DE DENGUE					
IgG: POSITIVO		IgM: POSITIVO		Lote: Marca:	
PRUEBA CUALITATIVA DE LEPTOSPIRA					
IgG: NEGATIVO		IgM: POSITIVO		Lote: Marca:	

Frente a tal desatención probatoria por parte de los demandantes, debe tenerse presente que en procesos como el de marras surte plena aplicación la regla de la carga de la prueba, consistente en que la desatención de la misma implica la negatoria de las pretensiones para quien la tenía a su cargo. En efecto, sobre el particular, el profesor Jairo Parra Quijano es claro en indicar lo siguiente:

“9. QUÉ ES CARGA DE LA PRUEBA Y PARA QUÉ SIRVE

La carga de la prueba es una noción procesal que consiste en una regla de juicio, que le indica a las partes la autorresponsabilidad que tienen para que los hechos que sirven de sustento a las normas jurídicas cuya aplicación reclaman aparezcan demostrados y que, además, le indica al juez cómo debe fallar cuando no aparezcan probados tales hechos.

Utilizamos la palabra para significar que no es la carga una obligación ni un deber, por no existir sujeto o entidad legitimada para exigir su cumplimiento. Tiene necesidad que aparezca probado el hecho la parte que soporta la carga, pero su prueba puede lograrse por la actividad oficiosa del juez o de la contraparte. Por ello se dice: "La jurisprudencia española lo ha entendido correctamente al estimar que la doctrina de los onus probandi tiene el alcance principal de señalar las consecuencias de la falta de prueba".

La necesidad surge de la representación que hace la parte, de conseguir un resultado adverso si un determinado hecho no aparece probado. En la simulación, por ejemplo, el que demanda tiene interés que aparezca probado el no pago del

precio. No es esa parte libre, porque tiene una necesidad de que el hecho aparezca probado, pero no que necesariamente ella tenga que probarlo como ya lo hemos indicado. Pero en todo caso no hay libertad, porque hay necesidad y ésta la niega.

Quien prepara la demanda, sabe de antemano cuáles hechos le interesa que aparezcan demostrados en el proceso y, por tanto, sabe de la necesidad que aparezcan demostrados.

La carga de la prueba le permite al juez fallar, cuando el hecho no aparece demostrado, en contra de quien la incumplió.

(...)

La jurisprudencia ha dicho que si el interesado en suministrar la prueba no lo hace, o la allega imperfecta, se descuida o equivoca en su papel de probador, necesariamente ha de esperar un resultado adverso a sus pretensiones.”²³

En ese sentido, ante la ausencia de pruebas que acrediten las hipótesis planteadas por los actores en su demanda, los mismos deben correr con la suerte de la aplicación de la carga probatoria, esto es, se deben negar todas y cada una de sus pretensiones al no haber probado la falla del servicio médica en cabeza de las demandadas, ni las razones que, a su juicio, implicaban un error de diagnóstico o de tratamiento.

Por todo lo anterior, ante la inexistencia de siquiera un medio de prueba en contra de la conducta diligente y cuidadosa con la que actuó la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, solicito respetuosamente se declare probada la excepción propuesta y en consecuencia se nieguen todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

4.3.1.2. HECHO DE LA VÍCTIMA – INOBSERVANCIA DEL DEBER DE COOPERACIÓN RESPECTO DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO

Se propone el siguiente medio exceptivo de defensa porque ha quedado probado, a través de la historia clínica de la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) que la paciente no se adhirió al tratamiento recomendado para tratar su hipertensión y el accidente cerebrovascular que había tenido previamente.

Para sustentar el argumento de conclusión expuesto, debe tenerse presente que a la par de los deberes y obligaciones que les asisten a los galenos, los pacientes también cuentan con unos a cargo de ellos como el deber de cooperación respecto del tratamiento recomendado. Sobre el particular, el profesor Carlos Ignacio Jaramillo menciona lo siguiente:

“1. Debe de cooperación respecto del tratamiento recomendado. Este deber, de gran valía en el campo de la medicina, atañe a la conducta responsable del paciente, quien en sintonía con el tratamiento trazado por su médico, debe ceñirse a él lo más rigurosa y estrictamente posible, habida consideración que su

²³ Parra Quijano, J. (2007). MANUAL DE DERECHO PROBATORIO (Décima sexta ed.). Librería Ediciones del Profesional LTDA. Págs. 249 a 250.

recuperación o mejoría, según el caso, en gran parte dependen de ello. Es lo mínimo que debe hacer: seguir sus pautas e instrucciones (deber de seguimiento de las instrucciones y recomendaciones galénicas).

Por tanto, si no se coopera con el galeno, los resultados deseados, muy seguramente no se producirán, en clara muestra de rebeldía, desinterés, o negligencia, de lo que habría que colegir que frente a esta eventualidad, no podría pretender responsabilizarse – con éxito – al médico tratante, el que diseñó el tratamiento y sugirió su cabal seguimiento. Hasta ahí, ciertamente, puede llegar el facultativo, puesto que no le resulta viable controlar – al centímetro – su ejecución. Además, esa no es su tarea, ni su responsabilidad, sino la del paciente, o la de sus familiares y allegados, conforme a cada situación, hecho que debe valorar en conjunto el juzgador, en orden a escrutar la conducta asumida por ambas partes, en especial por su destinatario.

Piénsese, por vía de ilustración, en la hipótesis de que se prescriban sendos medicamentos que deben ser ingeridos en determinadas horas, recomendación en punto a la cual el paciente decide: o no tomarlos, o hacerlo pero en deshoras, dando al traste con los lineamientos y bondades del tratamiento aconsejado y, de suyo, con la razonable esperanza de una recuperación patológica.

Queda claro, pues, que el paciente debe cooperar a lo largo del tratamiento, so pena de que el médico, por una parte, no devenga responsable del desenlace derivado de su quiebre y, por la otra, que aquél no alcance a beneficiarse del mismo, con graves consecuencias, muy probablemente, para su salud.”²⁴

Visto lo anterior, se tiene que los efectos adversos que presentó la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) se debieron en gran medida a su propia falta de adherencia al tratamiento recomendado para su hipertensión y para el accidente cerebrovascular que había presentado en el pasado, circunstancia que lógicamente incidió en el proceso infeccioso que curso en la paciente hasta su deceso como se explicará a continuación. En la historia clínica de la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) se observa lo siguiente:

Apertura MEDICA GENERAL del 26-Mar-2014 09:07 am: 65 Años

Id: 5535

MOTIVO DE CONSULTA

La presion no le baja

ENFERMEDAD ACTUAL

Hace ma de 6 meses que la presion se encuentra alta en a los controles y al parecer no se toma los medicamentos con regularidad.

ANT. PATOLÓGICOS

HTA

ACV hace 9 años

Dislipidemia

ANT. QUIRURGICOS

NEGATIVO

ANT. TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANT. HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANT. TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANT. FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANT. INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

²⁴ Jaramillo Jaramillo, C. I. (2011). Responsabilidad civil médica. La relación médico-paciente (Segunda ed.). Grupo Editorial Ibañez - Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 304-306.

Apertura URGENCIAS del 23-Feb-2015 11:52 am: 66 Años

Id: 29407

MOTIVO DE CONSULTA

TENGO LA PRESION ALTA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ENVIADA DEL PROGRMA DE HTA POR PRESENTAR CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS (150/100), ASINTOMATICA

ANT. PATOLÓGICOS

HTA
ACV hace 9 años
Dislipidemia

ANT. QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANT. TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANT. HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANT. TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANT. FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANT. INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

Apertura URGENCIAS del 27-Abr-2017 10:05 am: 68 Años

Id: 102286

MOTIVO DE CONSULTA

MI MAMA ME DIJO QUE TENIA EL CORAZON APRETADO Y HACIA MUCHA FUERZA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 68 AÑOS TRAI DA POR FAMILIARES REFIRIENDO A QUE MANIFESTA DOLOR EN PECHO Y DEBILIDAD, SE INTERRIGA HA APCIENTE LA CUAL REFIERE QUE NO SE IRRADIA , NIEGA DIUFICULTAD RESPIRATPORIA, LEVE CEFALEA, NIEGA VOMITO. ADEMAS PACIENTE CON ANTECEDE NTE DE HTA CON MALA ADHERNCIA NO SE ADMINISTRA LOS MEDICAMNENTO EN LA NOCHE. REFIRE LOS FAMILIARE S QUE PROMORTORA ADMINISTRA PASTA AMARILLA DEBAJO DE LA LENGUA (DESCONOCEN QUE PASTA)

ANT. PATOLÓGICOS

HTA POCO ADHERENTE A TTO
ACV hace 9 años
Dislipidemia

ANT. QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANT. TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANT. HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANT. TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

Apertura **HIPERTENSIÓN ARTERIAL / DIABETES del 13-Feb-2019**
10:51 am: 70 Años
Id: 229432

MOTIVO DE CONSULTA

ME DUELE LA CABEZA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 70 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACV HACE 9 AÑOS, HTA PACIENTE POCO ADHERENTE AL TRATAMIENTO, QUIEN DESDE EL 29 DE OCTUBRE DEL 2018 NO ASISTE A CITA DE CONTROL DONDE ESTUVO SIN TRATAMIENTO, EN EL MOMENTO PACIENTE CON CEFALEA LEVE, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, PACIENTE QUIEN HA CONSULTADO EN AL SERVICIO DE URGANCIAS POR CIFRAS TENSIONALES ALTAS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HTA POCO ADHERENTE A TTO

ACV hace 9 años

Dislipidemia

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

En ese sentido, resulta claro que la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) no sólo conocía su diagnóstico de hipertensión para el año 2014 sino que, también, se le había indicado un tratamiento y su inclusión al programa de hipertensivos que manejaba la institución hospitalaria demandada.

Valga la pena resaltar, como se observa en las notas médicas traídas a colación, que la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) no se adhirió de ninguna forma al tratamiento indicado pues en múltiples ocasiones se registraba su consulta por urgencias a las instalaciones de la institución hospitalaria demandada donde, además, se consignaba su mala adherencia frente al tratamiento.

Ahora bien, sobre la dislipidemia que presentaba la paciente, debe decirse que es un factor preponderante en los casos de neumonía como se ha explicado por parte de un amplio sector de la salud:

“¿Mayor riesgo de neumonía con lípidos en sangre desfavorables?

Las personas con colesterol HDL (bueno) bajo y triglicéridos altos pueden tener más probabilidades de ser hospitalizadas por neumonía, según un estudio publicado en American Journal of Medicine del 15 de agosto de 2020 .

El estudio incluyó a más de 13.000 personas que formaron parte de un estudio a largo plazo diseñado para analizar los lípidos y otros factores relacionados con las enfermedades cardíacas. Utilizando los registros de alta hospitalaria, los

investigadores encontraron que casi el 15% de los participantes habían sido hospitalizados con neumonía durante el seguimiento, que duró una mediana de 21 años.

Las personas con niveles bajos de HDL (menos de 38 miligramos por decilitro, o mg / dL) tenían más probabilidades de ser hospitalizadas por neumonía que aquellas con niveles más altos, y las probabilidades de hospitalización disminuyeron a medida que aumentaron los niveles de HDL. Asimismo, las hospitalizaciones por neumonía fueron más comunes entre las personas con valores de triglicéridos superiores a 157 mg / dL; aquellos con valores más bajos tenían menos probabilidades de ser hospitalizados.

Los hallazgos respaldan investigaciones anteriores que sugieren un vínculo entre la capacidad del cuerpo para combatir infecciones y los niveles de lípidos en sangre, especialmente HDL. Los niveles altos de HDL se asocian con un menor riesgo de enfermedad cardíaca. Pero esta molécula también podría desempeñar un papel importante en una respuesta inmune saludable.”²⁵

De igual forma, otra parte del sector de la salud también ha documentado la relación que existe entre el riesgo cardiovascular – como sucede en una hipertensión descontrolada sin medicación – y la neumonía:

“Neumonía y riesgo cardiovascular.

La neumonía y las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbilidad en todo el mundo. La neumonía adquirida en la comunidad en España afecta a más de cinco millones de adultos, provoca más de un millón de hospitalizaciones y 60.000 muertes por año; además es la primera causa de muerte por infección en el mundo según recoge la OMS, de manera que es la enfermedad infecciosa prevenible más importante a nivel mundial.

*La enfermedad neumocócica, incluyendo la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y la enfermedad neumocócica invasora (ENI) supone un problema global especialmente en individuos con patologías de base. **Los sujetos con patologías como EPOC, enfermedad cardíaca crónica, o diabetes mellitus presentan un riesgo incrementado de enfermedad neumocócica en comparación con sujetos sin estos factores.***

En el caso de pacientes con enfermedad cardíaca crónica aumenta hasta 4 veces respecto al riesgo de un sujeto sano. Aproximadamente 1/3 de las muertes al año de haber sufrido una NAC que precisó ingreso hospitalario son debidas a eventos cardiovasculares.

(...)”²⁶ (subrayado y negritas propias).

²⁵ <https://www.aepoc.es/actualidad/133-mayor-riesgo-de-neumonia-con-lipidos-en-sangre-desfavorables>

²⁶ <https://neumoexpertos.org/2017/12/15/neumonia-y-riesgo-cardiovascular/>

Visto todo lo anterior, se tiene que la supuesta falla que se le pretende endilgar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI es inexistente, en primer lugar, porque la paciente contaba con una hipertensión descontrolada a pesar de las recomendaciones que la misma demandada le había hecho años atrás, y en segundo lugar, porque la paciente se rehusó de manera voluntaria a recibir un tratamiento integral para su hipertensión, circunstancia que hubiese disminuido el riesgo de presentar una infección como la que terminó acabando con su vida, pues como se observa en la cita traída a colación, la dislipidemia descontrolada afecta el sistema inmune que es precisamente el encargo de combatir las infecciones como las presentadas por la paciente.

Por todo lo anterior, se le solicita respetuosamente al despacho negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda en la medida en que la causa del daño sufrido por los accionantes se encuentra, entre otras, en la falta de adherencia respecto del tratamiento recomendado y ordenado por la misma demandada unos años antes del lamentable suceso que ahora juzga este despacho.

4.3.1.3. ANTECEDENTES Y RIESGOS INHERENTES DE LA CONDICIÓN MÉDICA DE LA PACIENTE COMO CAUSA ÚNICA Y ADECUADA DEL DAÑO

Contrario a lo afirmado en la demanda, la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) no era una paciente sana, sino todo lo contrario, pues, según se refleja en la historia clínica de atención brindada por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, la demandante no sólo era una paciente en la vejez – circunstancia que aumentaba el riesgo – sino que, además, tenía una hipertensión sin adherencia al tratamiento recomendado por la institución hospitalaria demandada y presentaba dislipidemia, circunstancias todas ellas que ocasionaron el trágico desenlace materia de juzgamiento y que incidieron gravemente en que la occisa no tuviera un sistema inmune adecuado para combatir la infección que terminó arrebatándole la vida.

Para sustentar la excepción que ahora se propone, debe tenerse en cuenta que la complejidad del cuerpo humano y de los fenómenos que lo afectan han ocasionado que dentro de la disciplina propia de la responsabilidad civil médica y del Derecho Médico se hable de riesgos como los originados en la actividad médico sanitaria, los riesgos de seguridad dentro de los establecimientos clínicos y los riesgos propios al acto médico. Sobre estos últimos riesgos, llamados también por un amplio sector de la doctrina y la jurisprudencia como “riesgos inherentes”, se ha dicho que se caracterizan principalmente por lo siguiente:

“El riesgo inherente es aquella complicación que se puede presentar por la sola realización del acto médico como tal, y que tiene por causas la complejidad o dificultad del mismo, las condiciones del paciente o la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se utilizan para llevarlo a cabo, el cual, una vez materializado o realizado, produce un daño físico o psíquico en el paciente, sin que lo anterior implique una negligencia, impericia, imprudencia o violación de reglamento.

(...)

Al hablar de riesgo inherente se habla de una complicación justificada, y en ocasiones necesaria para poder efectuar el tratamiento invocado en aras de recuperar a salud del paciente. Dicha complicación hace parte del procedimiento

mismo, y no hay posibilidad de impedirla aunque la misma sea completamente previsible.

La materialización del riesgo inherente, es la realización en el paciente de un efecto nocivo que puede presentarse como una complicación o como un accidente propio del proceso médico o quirúrgico que se está efectuando. Este efecto nocivo se traduce en un daño a la integridad física o psíquica, la cual se ve lesionada aunque no exista un error en la práctica médica.

*No podemos desconocer que el riesgo inherente es un riesgo en potencia, y que el mismo no necesariamente se tiene que manifestar en la práctica de todos los procedimientos que lo conllevan. **Es decir, es un fenómeno que puede darse como no darse, y su realización dependerá exclusivamente de circunstancias ajenas a la práctica misma del procedimiento médico.***

Lo anterior significa que estos riesgos no solamente se presentan en aquellos casos donde la conducta es culposa, sino también en aquellos procedimientos donde no ha existido una imprudencia o negligencia. Sostener que los riesgos inherentes sólo aparecen en procedimientos practicados de forma incorrecta, deslegitimaría por completo la realidad científica, la cual aclara que los mismos son propios a todo procedimiento (diligente o culposos) que los conlleve.

Así las cosas, hay un buen componente del azar para establecer en qué casos y en cuáles pacientes un riesgo se puede llegar a materializar a pesar de haber sido previsto. En efecto, no es el riesgo en sí mismo lo que constituye la imprevisibilidad del fenómeno, sino su ocurrencia efectiva durante la atención del paciente.

Dicho accidente o riesgo terapéutico, como también se le denomina a este fenómeno, es un concepto de difícil entendimiento pues se encuentra en el límite entre la actuación científica del médico y la intervención del alea propio de la naturaleza humana. En efecto, este término se indica la probabilidad que un paciente dado experimente un episodio adverso o fallezca como consecuencia de un tratamiento médico específico.

Lo anterior justifica el carácter eventual y excepcional del riesgo inherente, perteneciendo a la esfera de aquello que será incierto para el médico por ser causado en ausencia de todo acto imputable al mismo.²⁷ (énfasis añadido).

El concepto que se trae a colación también ha sido adoptado por nuestra jurisprudencia nacional. Así, en sentencias como las del 17 de septiembre de 2020 de la H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia se ha dicho lo siguiente sobre el riesgo inherente:

“como lo recalcó la Sala recientemente²⁸, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un

²⁷ Villegas García, A. F. (2008, noviembre). La materialización del riesgo inherente y su diferenciación con la culpa médica. Responsabilidad Civil y del Estado, (24).

²⁸ CSJ. Civil. Vid. Sentencia de 24 de mayo de 2017, expediente 00234

riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposos.

Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución.

Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconocer que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, aparece la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.

La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos. El primero arriba definido y el segundo, también según el RAE, es entendido como aquello: «Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello»²⁹. Por esto, dentro del marco de la responsabilidad médica, debe juzgarse que los riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.³⁰ (énfasis añadido).

Otro tanto, ha dicho la Sección Tercera del H. Consejo de Estado en sentencias como la del 25 de enero de 2017:

“...se debe precisar que si bien es cierto la actividad médica hospitalaria -como resulta natural- implica riesgos inherentes a su ejercicio (vgr. intervenciones quirúrgicas o exámenes clínicos, etc.), los cuales dependen en gran medida de la complejidad de la afectación de la salud del paciente, también es cierto que para evaluar la responsabilidad de los profesionales de la salud, la jurisprudencia de esta Sección del Consejo de Estado ha precisado que su análisis debe realizarse a partir de la verificación, en cada caso concreto, del cumplimiento de los reglamentos y protocolos a los que se encuentre sometido cada procedimiento.”³¹ (énfasis añadido).

Visto lo anterior, es claro a la luz de la doctrina y jurisprudencia nacional, que el riesgo inherente

²⁹ RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 824.

³⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 7 de septiembre de 2020. Magistrado Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona. Radicado No. 05001-31-03-011-2007-00403-02.

³¹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección A. Sentencia del 25 de enero de 2017. Consejero Ponente: Hernán Andrade Rincón. Radicado No. 25000-23-26-000-2003-02133-01(36816)A

dentro de la responsabilidad civil médica no es un daño indemnizable en la medida en que es un alea o circunstancia propia de la medicina.

Para el caso en concreto, revisada la historia clínica de la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) se tiene que la paciente tenía una hipertensión sin adherencia al tratamiento recomendado por la institución hospitalaria demandada y presentaba dislipidemia, según se observa en la documentación que reposa dentro del expediente:

Apertura HIPERTENSIÓN ARTERIAL / DIABETES del 13-Feb-2019

10:51 am: 70 Años

Id: 229432

MOTIVO DE CONSULTA

ME DUELE LA CABEZA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 70 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACV HACE 9 AÑOS, HTA PACIENTE POCO ADHERENTE AL TRATAMIENTO, QUIEN DESDE EL 29 DE OCTUBRE DEL 2018 NO ASISTE A CITA DE CONTROL DONDE ESTUVO SIN TRATAMIENTO, EN EL MOMENTO PACIENTE CON CEFALEA LEVE, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, PACIENTE QUIEN HA CONSULTADO EN AL SERVICIO DE URGANCIAS POR CIFRAS TENSIONALES ALTAS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HTA POCO ADHERENTE A TTO

ACV hace 9 años

Dislipidemia

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

Como se observa de la información traída a colación, la hipertensión sin adherencia al tratamiento y la dislipidemia que presentaba la paciente eran condiciones que escapaban a la diligencia y cuidado con la que actuó la demandada. Máxime cuando la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI se encargó de diagnosticar la hipertensión de la paciente y ordenarle los medicamentos pertinentes, circunstancia que resalta la diligencia y cuidado con la que siempre actuó la institución hospitalaria demandada.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda, dado que no es posible responsabilizar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI por circunstancia que están por fuera del control, la diligencia y cuidado con la que actuó el asegurado, máxime cuando no existe ningún nexo causal entre la conducta desplegada por dicha demandada y las complicaciones propias e inherentes a la condición de salud de la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.).

4.3.1.4. PRINCIPIO DE RELATIVIDAD EN LA FALLA DEL SERVICIO – APRECIACIÓN EN CONCRETO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO – NADIE SE ENCUENTRA OBLIGADO A LO IMPOSIBLE

Se plantea la siguiente excepción como medio de defensa, en la medida en que el despacho debe valorar al momento de analizar la responsabilidad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI que dicha institución hospitalaria se encuentra en un nivel de atención primaria y que, por las circunstancias geográficas donde se encuentra la misma, la remisión de la paciente sólo era posible a través de una ambulancia área debido a la falta de carreteras que conectaran a la demandada con un centro de mayor nivel asistencia, por lo que se trae a colación el concepto de la relatividad en la falla del servicio, en la medida en que nadie está obligado a lo imposible, incluso el Estado, pues deben tenerse en cuenta las capacidades reales de acción de la administración con el fin de juzgar su responsabilidad de manera concreta y no abstracta como erróneamente pretende hacerlo la parte actora.

Para fundamentar la excepción que ahora se propone, valga la pena traer a colación lo dicho por el H. Consejo de Estado, Sección Tercera, en Sentencia del 25 de octubre de 1991 proferida dentro del proceso adelantado por Helí de Jesús Cardona Ríos y Otros, bajo el expediente 6680 y con ponencia del Consejero Carlos Betancur Jaramillo. En dicha sentencia, se ejemplifica de manera precisa el concepto que se está invocando, de la siguiente manera:

“Observa la Sala frente al caso concreto que la parte demandante fundamenta su demanda en un Estado ideal. Teóricamente podría alegarse que tiene razón y desde ese punto de vista el alegato es excelente. Pero el enfoque que hace permite su conclusión más a luz de la sociología jurídica que del derecho mismo.

*En el plano ideal el Estado debería responder por toda muerte violenta acaecida en el territorio nacional (él tiene el deber de proteger su vida); **siempre que muriera una persona por falla de asistencia médica**; por los niños que se quedan sin escuela y entran a la mendicidad; por todos los casos de inanición; por las epidemias no contrarrestadas; por todos los daños producidos por el terrorismo; por la caída de un avión en zona carente de radio ayuda; por todos los derrumbes de las carreteras; por la falta de acueductos, por la contaminación de los ríos...*

***Los ejemplos se podrían multiplicar por miles. Pero ¿podría el patrimonio estatal hacer frente a todas esas demandas cuando sus servicios públicos apenas si logran tener una pequeña cobertura? ¿Sería razonable permitir esa responsabilidad irrestricta y en todos los casos, con desmedro del mantenimiento, en los límites propios de nuestra realidad económica y social, de los modestos servicios actuales? ¿No sería peor el remedio que la enfermedad?**³² (subrayado y negritas propias).*

Partiendo del concepto de relatividad en la falla en el servicio, debe recordarse también que, a diferencia de lo que ocurre en la responsabilidad civil donde el juicio se realiza de forma abstracta

³² Saavedra Becerra, R. (2018). De la responsabilidad patrimonial del Estado. Grupo Editorial Ibañez. Pág. 343.

comparando al demandado con un buen hombre de familia romano, en la responsabilidad que se ventila ante la jurisdicción contencioso administrativa, el juicio de comparación debe ser realizado de manera concreta, es decir, analizando los medios que tenía al alcance el Estado o el particular que prestaba el servicio público para evitar la causación del daño que se le pretende endilgar y la capacidad de previsión y resistencia que tenía frente dicho suceso. Sobre el particular, la doctrina nacional ha dicho lo siguiente:

7. LA APRECIACIÓN DE LA FALTA DE SERVICIO

Los doctrinantes del derecho administrativo clásico, y entre ellos Hauriou, recalcaron que a diferencia del derecho privado – en el que la falta se apreciaría de acuerdo con tipos ideales, (el bonus paterfamilias romano)–, en el derecho administrativo la falta del servicio debía analizarse “in concreto” según las particularidades del servicio en causa. Este análisis concreto de la falta del servicio pasa por la ponderación en primer término de las circunstancias específicas en que se produce el daño, en segundo lugar, de los medios con que contaba efectivamente el ente público, y, finalmente, a la previsibilidad del daño causado. La falta, al ser apreciada en función de los citados parámetros (e incluso de otros que podrían agregarse), adquiere un carácter relativo.

(...)

7.1. EL CARÁCTER CONCRETO DE LA FALTA

7.1.1. LAS CIRCUNSTANCIAS DEL DAÑO

Se trata de estudiar el funcionamiento de la administración en su contexto real. La referencia a las circunstancias del daño remite así a varios tipos de situaciones, de las que se pueden enumerar, sin pretender ser exhaustivos, las circunstancias de tiempo y de lugar que el juez toma en cuenta para decidir si hubo falta, o bien si esa falta refleja un funcionamiento más o menos desacertado.

(...)

7.1.4. LOS MEDIOS DEL ENTE PÚBLICO

El carácter concreto que puede revestir la apreciación de la falta del servicio público se hace evidente cuando el juez, para aprehender el comportamiento administrativo, tiene en cuenta los medios de los que disponía el servicio para asegurar la misión que dio nacimiento al daño: el juez va a determinar la extensión de la obligación de la Administración, en función de los medios de que ella dispone para hacer frente a las cargas que se le imponen.

En principio, esta referencia a los medios se explica lógicamente en la medida en que “nadie está obligado a lo imposible”, por lo que no es razonable exigir de la Administración un grado de perfección de comportamiento que sus recursos

materiales y humanos no le permitirían alcanzar.

(...)

7.1.5. LA PREVISIBILIDAD DEL DAÑO

Otro de los elementos de la apreciación concreta por el juez administrativo de la administración es la “previsibilidad del daño”. Por regla general, en efecto, no es suficiente que la Administración haya sido teóricamente capaz de evitar la ocurrencia del daño, sino que, haya tenido la posibilidad real de hacerlo en las circunstancias del caso. Ello tiene gran importancia para la Administración cuando se trata de prevenir la ocurrencia de un acontecimiento que le es exterior, o de limitar sus efectos. Así, en el ámbito de la responsabilidad hospitalaria, el que un enfermo se suicide o se evada, obligará a que el juez se plantee si su comportamiento anterior había hecho previsible el daño. Que se utilice un medicamento peligroso, y el juez se preguntará si su nocividad era en la época conocida.

También, en relación con las actividades de policía, juega un papel importante la previsibilidad. En estos casos el juez modula la responsabilidad constatando o negando la falta, según la autoridad administrativa haya estado o no en posesión de informaciones que le permitieran controlar la situación dañosa. Si el juez no va la mayoría de las veces hasta exigir que la administración haya tenido un conocimiento real del peligro, –es decir, que ella hubiera sido informada con certidumbre de que el acontecimiento dañino iba a producirse–, su apreciación reposa sobre la probabilidad de ese acontecimientos y esta surge del descubrimiento a posteriori de indicios que hubieran debido incitar a la administración a estar en guardia, a tomar precauciones particulares y adecuadas para impedir la ocurrencia del daño. (...) (subrayado y negritas propias).

Con apoyo en lo anterior, la jurisprudencia ha adoptado la teoría de la relatividad en la falla del servicio médico, diciendo lo siguiente en sentencias como la del 23 de junio de 2011³³:

Se ha dicho que al Estado se le deben exigir los medios que corresponden a su realidad, haciendo caso omiso de las utopías y de la concepción ideal del Estado perfecto, omnipotente y omnipresente. A esto se ha llamado la teoría de la relatividad del servicio, a fin de no pedir más de lo posible, pero con la misma lógica debe concluirse que el Estado debe todo cuanto esté a su alcance³⁴.

Por la compleja y dispendiosa naturaleza de su oficio, en el cual se involucra la vida y la salud de las personas, debe exigírsele al médico una especial prudencia y diligencia en su relación con el paciente. En todo caso, debe anotarse, que el comportamiento del médico y de la institución prestadora del servicio de salud,

³³ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN A. Consejera ponente: GLADYS AGUDELO ORDOÑEZ (E). Bogotá, D.C., veintitrés (23) de junio de dos mil once (2011). Radicación numero: 76001-23-31-000-1996-01984-01(20234). Actor: ELIZABETH ARCINIEGAS SERRANO Y OTROS. Demandado: HOSPITAL SAN RAFAEL DE ZARZAL Y DEPARTAMENTO DEL VALLE. Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

³⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 15 de febrero de 1996, expediente 9940.

sólo pueden ser juzgados teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos y las circunstancias específicas de cada enfermedad y de cada paciente en particular; de allí que no es dable exigir a ningún médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la sociedad, el don de la infalibilidad, pues de lo contrario todas las complicaciones posibles que surjan dentro del vínculo médico-paciente serían imputables a los profesionales de la salud, lo cual es absurdo. Lo que se juzga no es en realidad un resultado inadecuado, sino si ese resultado es consecuencia de un acto negligente o descuidado que no se ciñó a las reglas o postulados de la profesión, teniendo en cuenta, claro está, las circunstancias específicas de cada caso en particular³⁵.

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

En concordancia con lo anterior, el despacho también debe tener en cuenta que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI E.S.E. era, para el momento de los hechos, una institución hospitalaria de primer nivel, lo que lógicamente implicaba que no pudiese tener los elementos necesarios para atender a la paciente. Sobre el primer nivel de atención la doctrina menciona lo siguiente:

“El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.”³⁶

En suma, no resulta posible responsabilizar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI E.S.E. pues resulta claro que dado el nivel de complejidad de la institución demandada no le era posible adoptar otra conducta, máxime cuando ante el despacho se puso de presente que, si bien se realizó la remisión de la paciente, la misma presentó dificultades pues debía hacerse a través de una ambulancia aérea como consecuencia de los problemas de conectividad que existía entre Guapi y centros médicos de mayor complejidad.

³⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 16 de julio de 2008, expediente 16.775

³⁶ Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 18 de noviembre de 2024, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tIng=es.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada la excepción propuesta teniendo en cuenta el nivel de complejidad primario de la E.S.E. GUAPI y, en ese sentido, negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

4.3.1.5. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA Y EL DAÑO ALEGADO – FUERZA MAYOR

En virtud de todo lo anteriormente expuesto, se puede concluir que entre la atención médica desplegada por el ESE Guapi y el daño reclamado (muerte) no hay un nexo de causalidad pues el desenlace fatídico de la paciente obedeció a otras causas externas e irresistibles como la ubicación geográfica de difícil acceso donde se encontraban las instalaciones hospitalarias de la demandada y la propia falta de adherencia de la paciente al tratamiento que le recomendó la accionada para controlar su hipertensión.

En esa medida, se le solicita respetuosamente al despacho valorar circunstancias como la imposibilidad material que tenía la ESE Guapi de hacer una remisión vía terrestre a un centro médico de mayor complejidad debido a la ausencia de carreteras lo que en la práctica tenía a la demandada prácticamente incomunicada, la necesidad de una ambulancia aérea ante el hecho descrito anteriormente y la falta de adherencia de la paciente al tratamiento recomendado por la misma demandada para el control de su hipertensión, circunstancias todas ellas que, además de ser ajenas al control de la empresa social del Estado demandada, representan hechos irresistibles fuera de su control que impiden el nacimiento de cualquier débito indemnizatorio a su cargo como consecuencia de la ausencia de todo nexo causal entre la atención médica brindada y el daño alegado.

Por todo lo anterior, se le solicita al despacho negar toda y cada una de las pretensiones de la demanda y en consecuencia declarar probada la excepción en cuestión.

4.3.1.6. LA ACTIVIDAD MÉDICA COMPORTA OBLIGACIONES DE MEDIOS MÁS NO DE RESULTADOS - LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI PRESTÓ SUS SERVICIOS DE MANERA DILIGENTE Y CUIDADOSA

Se plantea la siguiente excepción en la medida en que la obligación médica de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI era de medios más no de resultados, máxime si se tiene en cuenta los antecedentes de la paciente, su falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión y su dislipidemia que escapaban a la diligencia y cuidado con la que actuó la demandada.

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

“5.2.1. Significado de las obligaciones de medios

(...)

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

Lo anterior explica que al momento de desarrollar el tema de las obligaciones y deberes médicos, pusiéramos de presente que el deber de prestación céntrico o primario del galeno consiste en la asistencia médica – o ‘prestación de salud’ –, la que comprende, in extenso, los cuidados médicos o sanitarios y, en estricto rigor, la auscultación previa y el diagnóstico profesional; el tratamiento ulterior y, a veces, la operatoria (intervención quirúrgica), *grosso modo* (...)”³⁷ (énfasis añadido).

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

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

“La sala al confirmar la decisión del a - quo quiere recalcar, para evitar equívocos, que cuando cuestiona el servicio médico oficial no parte del supuesto de que en éste va envuelta una obligación de resultado. No podría aceptar, entonces, vbgr. que en todo caso de muerte se presume la falla del servicio o la culpa personal del médico. No, **la obligación de este frente a su paciente es de medio - vale**

³⁷ Jaramillo Jaramillo, C. I. (2011). Responsabilidad civil médica. La relación médico-paciente (Segunda ed.). Grupo Editorial Ibañez - Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 321-323.

decir, que este cumple a cabalidad y no compromete su responsabilidad ni la del ente a que pertenece, cuando pone a disposición de aquél toda su ciencia y los medios adecuados, aconsejables y oportunos que la infraestructura del servicio debe poseer. (Proceso No. 6367 Actor: Fabrio Buriticá Valencia Ponente: Carlos Betancur Jaramillo).³⁸ (énfasis añadido).

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

“En este punto de la providencia resulta oportuno señalar que la jurisprudencia ha sido reiterada en destacar que la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, razón por la cual los galenos están en la obligación de realizar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, como es natural, implican riesgos de complicaciones, que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina, de conformidad con la lex artis, a agotar todos los medios que estén a su alcance para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente^{39, 40}” (énfasis añadido).

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

*“En este sentido, es pertinente recordar que las obligaciones derivadas de la actividad médica son de medio y no de resultado, razón por la que el deber que tienen los profesionales de la salud se circunscribe a “desplegar una actividad diligente, enderezada a satisfacer en lo posible, el interés primario de su [paciente] que dista de un resultado particular (...)”⁴¹, tal como se evidencia en el caso de autos, donde está probado que la entidad demandada y el personal médico, pusieron a disposición del paciente todos los medios humanos y científicos para garantizarle su derecho a la salud.*⁴²” (énfasis añadido).

Como se observa de la doctrina y jurisprudencia traída a colación, el juicio de responsabilidad médica exige por parte de las instituciones prestadoras del servicio el despliegue de una actividad diligente enderezada a satisfacer, en lo posible, el interés primario del paciente, más no el resultado.

Para el caso en concreto, de la historia clínica de la señora Manuela Solís Segura (q.e.p.d.), se observa que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI actuó de manera diligente y le brindó toda la atención y servicios necesarios, practicando inclusive los exámenes que el apoderado de la parte actora reprocha como inexistentes en su demanda.

³⁸ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 14 de febrero de 1992. Consejero Ponente: Carlos Betancur Jaramillo. Radicado No. CE-SEC3-EXP1992-N6477.

³⁹ Ver, entre otras, la sentencia del 27 de enero de 2016, proferida por esta Subsección, con ponencia del Magistrado Hernán Andrade Rincón, Expediente: 29.728.

⁴⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera – Subsección A. Sentencia del 6 de diciembre de 2017. Consejera Ponente: Marta nubia Velásquez Rico. Radicado No. 08001-23-31-000-2002-02725-01(43847).

⁴¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 10 de noviembre de 2016. Exp. 33.817

⁴² Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección C. Sentencia del 9 de julio de 2018. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Radicado No. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961)

Visto lo anterior, se tiene acreditada la diligencia con la que actuó la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, pues, no sólo administró los medicamentos que requería la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.), sino que además practicó las pruebas del Dengue y Leptospira, como se observa en la historia clínica aportada en la demanda, todo ello de acuerdo con las recomendaciones impartidas por la *lex artis* y utilizó todos los medios a su alcance para lograr un trabajo de parto exitoso, siendo, lógicamente, imposible imponerle la carga de un resultado como se ha visto en la excepción propuesta, máxime cuando se trataba de una paciente que por su edad y sus pre-existencias como la hipertensión sin tratamiento era susceptible a la infección que presentaba.

Por todo lo anterior, y en la medida en que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI puso a disposición de la paciente todos los medios, recursos y personal con los que contaba y actuó de forma diligente y cuidadosa recetando los medicamentos necesarios y practicando las pruebas del Dengue y Leptospira, solicito respetuosamente al despacho declarar probada la excepción propuesta y en consecuencia negar todas y cada una de las pretensiones solicitadas en la demanda.

4.3.1.7. INEXISTENCIA DE LOS PERJUICIOS MORALES SOLICITADOS Y EN SUBSIDIO DE LO ANTERIOR EXCESIVA TASACIÓN DE LOS MISMOS

Respecto de los perjuicios morales solicitados en la demanda, lo primero que debe indicarse es que, los mismos no son imputables de ninguna manera a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI pues la actuación de dicha institución hospitalaria no causó de ninguna forma la muerte de la paciente y, en todo caso, si el despacho decidiera apartarse de la conclusión a la que se arriba en esta contestación a la demanda, se tiene que las causas adecuadas del daño *sub judice* son la ubicación geográfica que mantenía prácticamente incomunicada a la demandada y la falta de adherencia que tuvo la paciente respecto del tratamiento de la hipertensión que le recomendara la accionada.

Ahora bien, si el despacho no arriba a la misma conclusión, esto es, respecto de la inimputabilidad de los perjuicios morales frente a la empresa social del Estado demandada, se tiene que los mismos resultan ser inexistentes, en especial, frente a aquellos demandantes que no han probado de ninguna forma la relación afectiva que tenían con la víctima directa. Sobre el particular debe recordarse entonces que en el documento final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014 por parte de la Sección Tercera del Consejo de Estado se estableció lo siguiente:

“2.1 REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

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

este nivel corresponde el tope indemnizatorio (100 smlmv).

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

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

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

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

La siguiente tabla recoge lo expuesto:

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

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. **Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva.** Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.” (subrayado y negritas propias).

En esa medida, deben negarse los perjuicios morales solicitados por EMITELIA SOLIS MORENO y JOSE ANTONIO SOLIS MORENO (sobrinos) debido a la ausencia de prueba de su relación afectiva con la víctima directa.

Ahora bien, respecto de los demás perjuicios morales, se tiene que los mismos fueron tasados de forma excesiva, pues, si bien la jurisprudencia del H. Consejo de Estado reconoce baremos o topes indemnizatorios de 50 SMLMV para los hermanos y nietos, en la demanda se solicitan otras cuantías que desbordan de forma absoluta los topes fijados por el precedente vertical de carácter vinculante.

Ese es el caso, por ejemplo, de *FERNANDO SOLIS SOLIS, WILBERTO ARBOLEDA SOLIS, DIEGO ANDRES MANCILLA SOLIS, LUIS FERNANDO MANCILLA SOLIS, NICOLE MANCILLA SOLIS, MARCIANO SOLIS SOLIS, TANIA CAROLA SOLIS SOLIS, OSCAR FERNANDO ANCHICO SOLIS, MARIA LUISA ANCHICO SOLIS, ERIKA YULIETH PEDROZA MONTAÑO, JHON STIVEN PEDROZA MONTAÑO, CARLOS ANDRES PEDROZA MONTAÑO, JHON EDINSON PEDROZA LERMA, GIOVANNY PEDROZA SINISTERRA, JHON FERNANDO PEDROZA SINISTERRA, JHON JANER PEDROZA SINISTERRA, JOSE JAMER PEDROZA SINISTERRA, ANGIE TATIANA PEDROZA MONTAÑO, EMITELIA SOLIS MORENO y JOSE ANTONIO SOLIS MORENO*, quienes siendo hermanos, nietos y sobrinos – respectivamente – solicitan perjuicio morales tasados de forma excesiva que desbordan los topes fijados por la jurisprudencia de unificación.

Por último, también corresponde reprochar y poner en duda la legitimación en la causa por activa respecto de los perjuicios morales solicitados a favor de *SAMUEL PEDROZA MONTAÑO* y de *MANUELA SOLIS SEGURA*, pues como se afirmara por parte de Asmet Salud EPS S.A.S. al momento de contestar la demanda, no se tiene certeza sobre quien es el padre del primero de los demandantes y para el caso de la segunda accionante se tiene que su registro civil de nacimiento data del 10 de julio de 2023, por lo que las máximas de la experiencia indican que no ha sufrido un perjuicio moral como consecuencia de un acontecimiento que no vivió y que tampoco tendrá capacidad de comprender debido a su corta edad.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho negar los perjuicios morales ante la inexistencia de los mismos y, en el remoto e hipotético caso de ser considerados, reducir su cuantía pues los baremos solicitados resultan ser excesivos en desmedro de la jurisprudencia unificada del 28 de agosto de 2014 proferida por el H. Consejo de Estado.

4.3.1.8. INEXISTENCIA DE LOS PERJUICIOS MATERIALES SOLICITADOS EN LA DEMANDA – INEXISTENCIA DEL LUCRO CESANTE

Para el caso en concreto, se deben negar los perjuicios materiales solicitados en la demanda (daño emergente y lucro cesante) pues lo cierto es que la parte demandante no ha acreditado mediante siquiera un principio de prueba las erogaciones patrimoniales que dice haber sufrido o los ingresos que dejó de percibir como consecuencia del fallecimiento de la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.).

Respecto del daño emergente o los “perjuicios materiales” como son denominados por la parte actora en su demanda, hay que decir que su solicitud se encuentra condenada al fracaso pues no se aporta ninguna factura o documento equivalente que soporte tales erogaciones patrimoniales. En ese sentido, debe recordarse que el H. Consejo de Estado ha exigido que tales erogaciones se acrediten mediante facturas so pena de negar su reconocimiento, tal y como ocurrió en la sentencia del 28 de mayo de 2015 donde se dijo lo siguiente:

“A título de daño emergente les fue concedido a los demandantes el valor de dos millones seiscientos doce mil cuatrocientos sesenta y un pesos (\$2.612.461), por las reparaciones realizadas al vehículo una vez les fue entregado.

*La Sala modificará esta disposición del fallo apelado para, en su lugar, disponer que no hay lugar a que se indemnice por ese concepto. Esto por cuanto ninguna de las documentales aportadas con el fin de sustentar esas erogaciones (fls. 69 y s.s., c. 8) reúne los requisitos previstos en el artículo 617 del Estatuto Tributario, en especial los relativos a la calidad de retenedor del vendedor, ni la discriminación del IVA, siendo obligación del comprador exigir la factura de compra de conformidad con los requisitos legales. De tal manera, **ninguna credibilidad otorgan los recibos informales aportados sobre la veracidad de las transacciones sobre las que versan, ni puede reconocérseles valor cuando no cuentan con los requisitos previstos en la ley para su validez.***

Por ende, no hay lugar a reconocimiento indemnizatorio alguno por concepto de las sumas presuntamente erogadas por los demandantes para la refacción del rodante.⁴³ (énfasis añadido).

Por todo lo anterior, es que se reitera que los perjuicios materiales (daño emergente) solicitados en la demanda se encuentran condenados al fracaso.

Ahora bien respecto del lucro cesante debe decirse que debe correr la misma suerte que el daño emergente solicitado ante la inexistencia de alguna prueba sobre el mismo pues, en todo caso, debe recordarse que el lucro cesante está exento de toda presunción judicial o legal, siendo necesaria la probanza de dicho perjuicio material, circunstancia que lógicamente indica que opera con todos sus efectos la carga de la prueba en cabeza de los demandantes, como bien lo ha dicho el H. Consejo de Estado en Sentencia del 1 de noviembre de 2023⁴⁴:

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

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

En la medida en que no se ha probado, ni siquiera mediante prueba sumaria, que los demandantes recibieran ayuda económica de la occisa y que a consecuencia del daño se dejó de recibir esa ayuda, los efectos de la carga de la prueba deben operar con todos sus efectos y el perjuicio material pretendido debe ser negado.

⁴³ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección B. Sentencia del 28 de mayo de 2015. Consejero Ponente: Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Radicado No. 18001-23-31-000- 2001-00154-01(33732)

⁴⁴ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN C CONSEJERO PONENTE: NICOLÁS YEPES CORRALES. Sentencia del primero (1º) de noviembre de dos mil veintitrés (2023). Referencia: REPARACIÓN DIRECTA. Radicación: 23001233100020090010301 (49469). Demandante: LUISA MARTÍNEZ LÓPEZ Y OTROS. Demandado: DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA

De igual forma, como si lo anterior no fuese poco, debe tenerse como un aprueba en contra de la pretensión solicitada, el hecho de que la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) estuviese afiliada al régimen subsidiado en salud como puede observarse en la certificación que se aporta junto con la presente contestación de la demanda y del llamamiento en garantía:

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	25434439
NOMBRES	MANUELA
APELLIDOS	SOLIS SEGURA
FECHA DE NACIMIENTO	**j**j**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	GUAPI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/06/2010	17/08/2021	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 12/11/2024 19:36:29 | Estación de origen: | 192.168.70.220

Lo anterior demuestra que la occisa pertenecía a un grupo poblacional vulnerable sin capacidad de pago, circunstancia que pone seriamente en duda que la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) pudiese brindar ayuda económica a sus familiares, cuando es claro que no tenía siquiera capacidad de pago dentro del sistema general de seguridad social en salud. En este punto, recuérdese que el sistema subsidiado está encaminado a la afiliación de la población pobre y vulnerable del país, tal y como se expone en la página oficial del Ministerio de Salud⁴⁵:

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

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

Es responsabilidad de los entes territoriales la operación adecuada de sus

⁴⁵<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/regimensubsidiado.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20subsidiado%20es%20el,subsidio%20que%20ofrece%20el%20Estado>

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

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

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

En todo caso, debido a la ininteligible redacción utilizada en la demanda, si la pretensión se encuentra encamina al reconocimiento y pago del lucro cesante sufrido por los demandantes como consecuencia de una supuesta imposibilidad de laborar, lo cierto es que la pretensión igualmente se encuentra condenada al fracaso pues lo cierto es que no existe ninguna prueba sobre el particular, circunstancia que impide el reconocimiento de tales perjuicios ante la necesidad de la prueba en toda decisión judicial de conformidad con el artículo 164 del Código General del Proceso aplicable a la presente controversia en virtud de los artículo 211 y 306 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho negar los perjuicios materiales solicitados en la demanda, tanto en su modalidad de daño emergente como de lucro cesante, pues la parte actora no ha cumplido con su carga probatoria de acreditar la realización de tales detrimentos patrimoniales.

4.3.1.9. INEXISTENCIA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD PARA EL CASO EN CONCRETO

Para el caso en concreto, la pretensión de la demanda encaminada al reconocimiento y pago de una “*pérdida de la oportunidad*” se encuentra condenada al fracaso pues, lo cierto es que la parte actora no ha logrado acreditar – de manera científica – el chance o probabilidad de sobrevivencia de la paciente, circunstancia que excluye el daño solicitado y en todo caso demuestra el ánimo del extremo activo por evadir la probanza del nexo de causalidad para el caso en concreto.

En ese sentido, la oposición al daño solicitado, se funda principalmente en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado que ha determinado que la pérdida de una oportunidad no puede consistir en una mera especulación cuando existe duda sobre la relación causal en un asunto de responsabilidad médica, siendo necesario en todo caso que la parte actora demuestre – de manera científica – que se perdió una oportunidad. Así, por ejemplo, lo ha dicho el alto tribunal de lo contencioso administrativo en sentencias como la del 28 de abril de 2010⁴⁶:

⁴⁶ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO Bogotá D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010) Radicación número: 25000-23-26-000-1995-01040-01(17725) Actor: PEDRO ANTONIO QUINTERO BONILLA Demandado: DISTRITO CAPITAL Y OTRO Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA

“...Se destaca que la determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica, en este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad eventos en los cuales lo que realmente se presentan son dificultades para establecer el nexo causal.

En ese sentido, ante la falta de cualquier prueba científica dentro del expediente que acredite la probabilidad de sobrevida de la paciente, solicito respetuosamente al despacho negar la pérdida de oportunidad solicitada en la demanda.

4.3.1.10. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN EFECTUÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Solicito al juzgado de instancia, tener como excepciones contra la demanda, las planteadas por quien efectuó el llamamiento en garantía a mi representada y por la a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, las cuales coadyuvo expresamente sólo en cuanto no perjudiquen los intereses de mi prohijada la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ni comprometan su responsabilidad.

4.3.1.11. GENÉRICA O INNOMINADA

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

V. CAPÍTULO II. CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR ASMET SALUD EPS S.A.S.

5.1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, se observa contrato de prestación de servicios de salud por evento No. CAU-201-S19 suscrito por Asmet Salud EPS S.A.S. y la Empresa Social del Estado GUAPI ESE.

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

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

5.1.3. FRENTE AL HECHO “TERCERO”: No se trata de un hecho, es una apreciación subjetiva del apoderado del llamante en garantía. En todo caso, debe reiterarse que Asemt Salud EPS S.A.S. **NO** ocupa la posición de tomador, asegurado y/o beneficiario del contrato de seguro documentado en la Póliza No. 435-88-994000000011, por lo que se puede concluir que dicha demandada carece de cualquier derecho legal y/o contractual para llamar en garantía a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa de conformidad con los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

5.1.4. FRENTE AL HECHO “CUARTO”: Es cierto que el señor Heriberto Pedroza Solis y Otros demandaron a través del medio de control de reparación directa a Asmet Salud EPS S.A.S. y a la Empresa Social del Estado GUAPI ESE por la prestación del servicio de salud para el mes de agosto de 2021.

5.1.5. FRENTE AL HECHO “QUINTO”: No se trata de un hecho, es una apreciación subjetiva del apoderado del llamante en garantía. En todo caso, debe reiterarse que Asemt Salud EPS S.A.S. **NO** ocupa la posición de tomador, asegurado y/o beneficiario del contrato de seguro documentado en la Póliza No. 435-88-994000000011, por lo que se puede concluir que dicha demandada carece de cualquier derecho legal y/o contractual para llamar en garantía a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa de conformidad con los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

5.2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

5.2.1. A LA PRETENSIÓN PRIMERA: No se trata propiamente de una pretensión del llamamiento en garantía. En todo caso, el Juzgado Séptimo (07º) Administrativo del Circuito de Popayán (C) mediante Auto Interlocutorio No. 1884 del diecinueve (19) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024) resolvió, entre otras cosas, la vinculación de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. al proceso de la referencia.

5.2.2. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** a que la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA tenga que cubrir, reembolsar total o parcialmente el pago que tuviese que hacer Asmet Salud EPS S.A.S. en caso de llegársele a condenar, ello por la sencilla razón de que la llamante en garantía **NO** ocupa la posición de tomador, asegurado y/o beneficiario del contrato de seguro documentado en la Póliza No. 435-88-994000000011, por lo que se puede concluir que dicha demandada carece de cualquier derecho legal y/o contractual para exigir de mi representada alguna prestación de conformidad con los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

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 falta de legitimación de la causa por activa frente a la demandada Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., solicito que, sin que ello constituya aceptación de responsabilidad alguna, sino que, por el contrario **OPOSICIÓN**, se verifique por parte del señor Juez, circunstancias como las exclusiones pactadas en el contrato de seguro y la falta de realización del riesgo asegurado de conformidad con los artículos 1056 y 1072 del Código de Comercio.

5.3. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

5.3.1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA RESPECTO DE ASMET SALUD EPS S.A.S. PARA LLAMAR EN GARANTÍA A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

Para el caso en concreto, se presenta una falta manifiesta de legitimación en la causa por activa respecto de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, puesto que la llamante en garantía no es tomadora, asegurada y/o beneficiaria del contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil, Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000011.

En esa medida, resulta imposible que la demanda Asmet Salud ESP S.A.S. exija a mi representada la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la eventual sentencia que se profiera dentro de este proceso, en los términos de los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, cuando lo cierto es que no tiene derecho legal y/o contractual alguno derivado del contrato de seguro en cuestión pues, no es ni parte, ni asegurado, ni mucho menos beneficiario del mismo.

Para sustentar la presente excepción que debe conllevar a que el despacho profiera sentencia anticipada desvinculando a mi representada del presente trámite, debe iniciarse por recordar el concepto de la legitimación en la causa. Sobre el particular, el H. Consejo de Estado en sentencias como la del 06 de febrero de 2014⁴⁷ ha dicho lo siguiente:

“No existe debida legitimación en la causa cuando el actor es persona distinta a quien le correspondía formular las pretensiones o cuando el demandado es persona diferente a quien debía responder por la atribución hecha por el demandante.” (subrayado y negritas propias).

De igual forma, la doctrina procesalista menciona lo siguiente sobre la legitimación en la causa:

“(…) la legitimación solo existe cuando demanda quien tiene por ley sustancial facultad para ello, precisamente contra la persona frente a la cual la pretensión de que se trata tiene que ejercitada. De modo que la cualidad en virtud de la cual una pretensión puede y debe ser ejercitada contra una persona en nombre propio se llama legitimación para obrar, activa para aquel que puede

⁴⁷ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION QUINTA Consejera ponente: LUCY JEANNETTE BERMUDEZ BERMUDEZ Bogotá D.C., seis (6) de febrero de dos mil catorce (2014). Radicación número: 25000-23-31-000-2011-00341-04 Actor: JOSE IGNACIO LACOUTURE ARMENTA Demandado: CONTRALOR DISTRITAL DE BOGOTA

perseguir judicialmente el derecho y pasiva para aquel contra el cual esta se hace valer(p.141)⁴⁸ (subrayado y negritas propias).

Anejo a lo anterior, se tiene que, los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, establecen la legitimación en la causa por activa respecto del llamante en garantía radica en su derecho legal y/o contractual para exigir de otro – en este caso el llamado en garantía – la indemnización o el reembolso del pago que tuvieran que hacer como consecuencia de una sentencia desfavorable. En ese sentido, debe concluirse que ante la inexistencia de derecho legal y/o contractual alguno, se carece de legitimación en la causa por activa para efectuar un llamamiento en garantía, así, por ejemplo, lo ha dicho la doctrina:

*“Punto importante es que el llamado en garantía siempre tendrá la obligación de responder con apoyo en una estipulación negocial a propósito o en una norma legal que así lo determine; es decir, **el llamamiento siempre tendrá su origen en la ley o en el negocio jurídico**.”⁴⁹ (subrayado y negritas propias).*

Ahora bien, una vez establecido lo anterior, corresponde precisar cuáles son las partes que integran el contrato de seguro y los sujetos que no siendo parte pueden ejercitar acción alguna en contra de la compañía aseguradora, todo ello con el fin de demostrar la ausencia de legitimación en la causa por activa respecto de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa dentro del presente proceso.

Indicado lo anterior, debe recordarse que las partes del contrato de seguro, según el artículo 1037 del Código de Comercio, son únicamente el tomador y la compañía de seguros, conforme se observa en la norma citada:

“ARTÍCULO 1037. <PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO>. Son partes del contrato de seguro:

- 1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y*
- 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.”*

Con fundamento en la norma anterior, la doctrina nacional se ha referido a las partes del contrato de seguro de la siguiente forma:

“Son partes del contrato de seguros, según lo anotamos, son el tomador y el asegurador (artículo 1037 C.Co.). Se entiende por tomador la persona natural o jurídica que actuando a nombre propio o ajeno, traslada los riesgos al asegurador, y asegurador es la persona jurídica debidamente autorizada

⁴⁸ MORALES, H. (1985) Curso de Derecho Procesal Civil-Parte General, Bogotá, Colombia. Editorial ABC. Citado por: Abreo Contreras, H. H., Castellanos Gamboa, G. D., & Nava Velandia, D. M. (2015). Legitimación en causa del asegurado en el contrato de seguro grupo deudores para reclamar a favor de la entidad financiera que se pague el saldo de la obligación. *Temas Socio-Jurídicos*, 34(68), 171–198. <https://doi.org/10.29375/01208578.2258>

⁴⁹ Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado. Pág. 299.

por la ley y por los reglamentos que bajo promesa asume los riesgos, y que puede estar organizada como sociedad anónima o como entidad cooperativa, que requiere la autorización previa de la Superintendencia Financiera, y se somete a su vigilancia y control.

(...)

b). El tomador. En cuanto al tomador, la norma indicada no lo define, pero, se entiende obviamente que es la persona natural o jurídica que a nombre propio o de un tercero contrata un seguro (num. 2, artículo 1037 C.Co.). Tomador puede ser cualquier persona natural o jurídica sin restricción, y es claro que esta persona puede obrar por cuenta propia o de otro, y su papel consiste en trasladar el riesgo, su ocurrencia y consecuencias al asegurador. El profesor J. GARRIGUES dice que el tomador es aquél que suscribe el seguro, asumiendo las obligaciones derivadas del mismo [ob cit., Tomo IV, pág. 277], más no es de la esencia que el “tomador” sea también asegurado o beneficiario. De hecho, suele acontecer que, en la práctica mercantil, quien obra como tomador sea igualmente el asegurado, lo cual perfectamente posible, si él tiene un “interés asegurable” y el asegurado tiene otra parte del mismo interés (artículo 1042 C.Co.), y en tal caso habrá una actuación a nombre propio, con interés asegurable propio, y otra en que se contrata por un tercero que tiene otra parte del interés asegurable.

En esencia, el tomador es el que contrata, aun sin tener un “interés asegurable” personal para ello, pues puede actuar para asegurar a un tercero (en cuyo caso es dicho tercero quien tiene el “interés asegurable” personal). El asegurado es quien tiene derecho a la prestación a cargo del asegurador, el cual resulta designado por el tomador, que puede ser la misma persona (que resulta finalmente asegurada). Más simple aún: si el tomador obra a nombre propio, por cuenta propia, con un “interés asegurable” igualmente propio, adquiere la condición de asegurado y comúnmente la de beneficiario. Pero, puede suceder también que el asegurado sea uno y el beneficiario sea otro (como en el seguro de vida). Por eso, beneficiario es quien ha de recibir la indemnización por la ocurrencia del siniestro. [A este respecto, para reafirmar lo dicho remitimos a la lectura de los artículos 1044 y 1039 C.Co.]

Si bien el de seguros no es un contrato esencialmente preparatorio como lo es el contrato civil o comercial de promesa de cierto negocio jurídico, sino que se trata de un contrato definitivo, la obligación que asume el asegurador a la celebración del mismo constituye una promesa de pagar el valor del seguro ante la ocurrencia del siniestro en las condiciones previstas en la carátula y en la póliza contentiva del seguro.

El tomador, por su parte, como ya se expresó, contrata a nombre propio o a nombre de un tercero, como está previsto en el artículo 1038 C.Co., lo cual da pie para considerar las hipótesis siguientes:

a). A nombre propio

El interés personal y/o patrimonial es suyo. Se confunden, pues, en él las calidades de tomador y asegurado. En presencia del contrato de seguro de daños, de ordinario quien toma el amparo es la misma persona que puede sufrir finalmente la pérdida patrimonial, de lo que resulta que a ella pertenece el interés asegurable [Es posible entonces que en una misma persona concurren las calidades de tomador, asegurado y beneficiario]. En los seguros de persona acontece que el tomador puede coincidir con el asegurado y que otra persona sea la beneficiaria. Nada impide que el contrato de seguro se celebre a nombre propio, cuando el tomador/asegurado tenga un interés asegurable directo, y también, al tiempo, a nombre de un tercero, aun sin representación, que igual tiene interés en el amparo del riesgo [ver, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia de 30 de septiembre de 2002, exp. 4799, M.P. CARLOS IGNACIO JARAMILLO J.].

(...)⁵⁰ (subrayado y negritas propias).

De igual forma, el profesor Andrés Ordóñez menciona lo siguiente:

“Respecto de la parte asegurada, puede estar integrada, como se ha dicho, por tres posiciones o calidades jurídicas diferentes: la posición del tomador, la del asegurado y la del beneficiario; cada posición puede ser ocupada por una misma persona o grupo de personas o por personas o grupos de personas diferentes.

En el seguro de daños, el tomador es el contratante del seguro, es decir, es la persona que concurre con la aseguradora a intercambiar las manifestaciones de voluntad que van a constituir el contrato. El asegurado tiene la calidad jurídica de ser el titular del interés asegurable y el beneficiario es la persona llamada a recibir la indemnización en caso de siniestro.⁵¹ (subrayado y negritas propias).

Dicho lo anterior, corresponde determinar cómo opera el trinomio mencionado anteriormente dentro del seguro de responsabilidad civil que es precisamente el contrato de seguro que sirvió de fundamento para la vinculación de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, esto es, en otras palabras, corresponde precisar, de acuerdo con los elementos esenciales y partes de dicho negocio jurídico, quién sería el tomador, el asegurado y el beneficiario, para determinar a ciencia cierta quién tendría derecho legal y/o contractual para exigir una hipotética indemnización respecto de mi representada.

Para despejar la anterior incógnita, corresponde precisar que el tomador, en los seguros de responsabilidad civil, corresponde a aquella persona que tiene interés asegurable en que su patrimonio no resulta afectado como consecuencia del surgimiento de una deuda proveniente de un daño. En ese sentido, por ejemplo, se ha pronunciado el profesor Juan Manuel Díaz-Granados

⁵⁰ Becerra Toro, R. (2014). Nociones fundamentales de la teoría general y regímenes particulares del contrato de seguro. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Jurídica y Política, Carrera de Derecho. Págs. 77 – 81.

⁵¹ Ordóñez Ordóñez, A. E. (2008). Elementos esenciales, partes y carácter indemnizatorio del contrato (Reimpresión a la primera ed.). Universidad Externado de Colombia. Pág. 60.

Ortiz en su libro “EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD”:

*“Tratándose de seguro de daños, en los términos del artículo 1083 del Código de Comercio, **tiene interés asegurable toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por un riesgo.** Como acertadamente lo ha señalado la doctrina el asegurado es el titular del interés asegurable y, por consiguiente, la persona protegida.”⁵²*

Dado que el seguro de responsabilidad tiene por objeto, además de proteger a la víctima, salvaguardar el patrimonio del potencial responsable (quien es el asegurado), el interés se circunscribe a la preservación de dicho patrimonio que es susceptible de erosionarse por deudas de responsabilidad.

Con esta orientación la Corte Constitucional, mediante sentencia C-388 de 23 de abril de 2008, coincidió en que el asegurado en un seguro de responsabilidad civil es el responsable, cuya situación es diferente a la de la víctima:

Se tiene entonces, que mientras **el asegurado es el titular del interés asegurable y, en el seguro de responsabilidad, es aquella persona que puede ver afectado su patrimonio ante la ocurrencia de un siniestro por el cual debe responder, y cuyo patrimonio protege a través del seguro;** la víctima, es la persona que, ocurrido el siniestro sufre un daño, y en tal calidad es la persona que debe recibir la correspondiente indemnización.

A lo anterior hay que agregar que **el asegurado puede tener además, la condición de tomador del seguro, y como tal tendrá igualmente la condición de parte en el contrato de seguro**⁵³, mientras que, en términos generales, la víctima del siniestro no ostenta la calidad de parte en el contrato de seguro sino de tercero que recibirá la correspondiente indemnización.

(...)

Resulta muy ilustrativo lo dicho por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en Sentencia de 10 de febrero de 2005, exp. 7614, con relación a la doble finalidad del seguro de responsabilidad, el cual mantiene la cobertura del interés del potencial responsable:

El propósito que la nueva reglamentación le introdujo, desde luego, no es, per se, sucedáneo del anterior, sino complementario “lato sensu”, porque el seguro referenciado, además de procurar la reparación del daño padecido por la víctima, concediéndole los beneficios derivados del contrato, **igualmente protege, así sea refleja indirectamente, la indemnidad patrimonial del asegurado responsable, en cuanto el asegurador asume el compromiso de indemnizar**

⁵² Ossa Gómez, J. Efrén. Teoría general del seguro. El contrato. Editorial Temis, Bogotá, 1991, p. 9.

⁵³ Código de Comercio, art. 1037.

los daños provocados por éste, al incurrir en responsabilidad, dejando ilesa su integridad patrimonial, cuya preservación, en estrictez, es la que anima al eventual responsable a contratar voluntariamente un seguro de esta modalidad.

Y en otra sentencia, también de 10 de febrero de 2005, exp. 7173, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, explica que el otorgamiento por la ley de una acción directa a la víctima no la coloca en la posición de asegurado, este continuará siendo el potencial responsable. La Corte se expresó en los siguientes términos:

Como se aprecia, a los seguros de esta clase, en sentido lato, se les ha otorgado una doble función de la que antes carecían, dado que, a más de proteger de algún modo y reflejamente el patrimonio del asegurado, pretenden directamente reparar a la víctima, quien, de paso, entra a ostentar la calidad de beneficiaria de la indemnización. Mírese así cómo ésta, y por consiguiente sus herederos, según el caso, no ocupan la posición de asegurados, pues su derecho frente al asegurador surge de la propia ley, que ha dispuesto claramente una prestación en su favor, en calidad de beneficiarios, aunque circunscrita a los lineamientos trazados por el contrato de seguro —y en lo pertinente por la misma ley—, de modo que la víctima, ha de reiterarse, no sólo se tendrá como beneficiaria de la indemnización — artículo 1127 in fine—, sino que estará asistida, además, de una acción directa como instrumento contra el asegurador, como inequívocamente aflora del tenor del artículo 1133 ejusdem, modificado por el 87 de la Ley 45 de 1990, por el cual “en el seguro de responsabilidad civil los damnificados tienen acción directa contra el asegurador. Para acreditar su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077, la víctima en ejercicio de la acción directa podrá en un solo proceso demostrar la responsabilidad del asegurado y demandar la indemnización del asegurador”.

*Ahora bien, **las pólizas protegerán el interés de aquellas personas que ostenten la calidad de asegurados en el contrato de seguro. Dicha identificación se establece bien mediante la indicación en la carátula de la póliza del nombre del asegurado** o en forma complementaria a través de cláusulas que extienden la calidad de asegurado a otras personas no mencionadas en dicha carátula.”⁵⁴ (subrayado y negritas propias).*

Visto lo expuesto por el profesor Juan Manuel Díaz-Granados y por la jurisprudencia nacional que cita dicho autor, lo cierto es que en el seguro de responsabilidad civil sólo será parte del contrato el tomador – que la mayoría de las veces resulta ser el asegurado – y la víctima detentará derechos como beneficiario del mismo, por lo que sólo de dichas personas se puede predicar un derecho legal – en el caso de la víctima – y/o contractual – en el caso del tomador y asegurado – de exigir una indemnización respecto de la compañía aseguradora.

Del anterior recuento, además de excluir como tomador y/o asegurado a Asmet Salud EPS S.A.S.

⁵⁴ Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 99 – 101.

pues no celebró el contrato de seguro con mi representada y tampoco con dicho negocio jurídico se pretende proteger su patrimonio por la responsabilidad civil en la que incurra, conforme se expondrá más adelante, también se debe precisar que resulta imposible que dicho llamante en garantía sea considerado como el beneficiario de la Póliza No. 435-88-994000000011, ello con fundamento en el artículo 1127 del Código de Comercio que designa a las víctimas como beneficiarias de la indemnización:

*“ARTÍCULO 1127. <DEFINICIÓN DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD>. <Artículo subrogado por el artículo 84 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el 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.*

Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055.” (subrayado y negritas propias).

De igual forma, para despejar cualquier duda sobre la carencia absoluta de legitimación en la causa de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa con fundamento en el seguro de responsabilidad civil documentado en la Póliza No. 435-88-994000000011, se tiene establecido por la doctrina que las personas que pueden ejercer acción directa – a pesar de no ser parte en este contrato de seguro – son únicamente las personas legitimadas en la causa activa en materia de responsabilidad civil, personas dentro de las cuales lógicamente no se encuentra la demandada. Así, por ejemplo, lo ha dicho la doctrina nacional:

*“En nuestro ordenamiento la víctima ha sido catalogada como beneficiario y, en consecuencia, tiene acción directa en contra del asegurador.
(...)”*

3. Personas legitimadas para ejercer la acción directa

La acción directa la pueden ejercer todas las personas legitimadas en la causa activa en materia de responsabilidad civil y no solo la víctima directa del daño.

Así, son titulares de la acción:

- *La víctima directa, naturalmente.*
- *Las víctimas por rebote, quienes sufren un daño propio.*
- *Los herederos de unos u otros.*
- *Los causahabientes a título singular de los derechos de la víctima (incluida la aseguradora que ha pagado una indemnización por un seguro de daños, la cual se subroga contra el responsable del siniestro y, obviamente, contra la aseguradora de la responsabilidad).*

En Sentencia de 10 de febrero de 2005, exp. 7173, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia coincide con lo expuesto al decir: “Por consiguiente, la

*legitimación en la causa para su promoción será la que corresponda en materia de responsabilidad civil a todo aquel que ha recibido directa o indirectamente un daño, esto es, a la víctima o sus herederos, siempre que sean titulares de intereses que se hayan visto afectados por la conducta nociva del agente del referido daño”.(...)*⁵⁵

Para el caso en concreto, teniendo en cuenta que en el seguro de responsabilidad civil el tomador y asegurado (en caso de que ambas calidades concurren en una misma persona) es quien resulta ser parte del contrato de seguro y quien ve protegido su patrimonio y, a su vez, que las potenciales víctimas ocupan la posición de beneficiarios, se tiene que en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000011 figuran como tomador, asegurado y beneficiario los siguientes sujetos:

 **POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS**

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGE: 435 RAMO: 88 PAP:

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
19	12	2016	23:59	19	12	2017	23:59	25	11	2024	

FECHA DE EXPEDICIÓN: 19/12/2016 VIGENCIA DE LA PÓLIZA: 19/12/2016 A LAS 23:59 VIGENCIA HASTA: 25/11/2024

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICIÓN** VIGENCIA DEL ANEXO: 19/12/2016 A LAS 23:59 19/12/2017 A LAS 23:59 25/11/2024

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25** CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA** TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25** CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA** TELÉFONO: **3206745921**

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

Como se podrá observar, dentro del contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 435-88-994000000011 figuran, únicamente, como tomador y asegurado la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE y como beneficiarios los terceros afectados que, como se vio, son las eventuales víctimas de la responsabilidad civil que sea imputable al asegurado, circunstancia dentro de la cual no se puede encuadrar al llamante en garantía Asmet Salud EPS S.A.S. pues dicho sujeto resulta ser un extraño al contrato de seguro que le sirvió de fundamento para vincular a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.

Visto lo que antecede, resulta absolutamente claro que la llamante en garantía Asmet Salud EPS S.A.S. no tiene ningún derecho legal y/o contractual – en los términos de los artículos 64 del Código General del Proceso y 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – para llamar en garantía a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, pues lo cierto es que la EPS demandada no es tomadora porque no suscribió el contrato de seguro, no es asegurada porque con la Póliza No. 435-88-994000000011 no se pretende proteger su patrimonio contra la responsabilidad civil en el que incurra la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE y mucho menos es beneficiaria pues dicho lugar lo ocupan las eventuales e hipotéticas víctimas de la responsabilidad civil en la que incurra la asegurada.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada la excepción propuesta y en esa

⁵⁵ Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana. Pág. 267.

medida desvincular a mi representada mediante sentencia anticipada consagrada en el artículo 182A del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo ante la falta manifiesta de legitimación en la causa por activa de Asmet Salud EPS S.A.S. al no derivar ningún derecho legal y/o contractual del contrato de seguro que sirvió de fundamento para realizar su llamamiento en garantía.

5.3.2. AUSENCIA DE COBERTURA MATERIAL DEBIDO A LAS EXCLUSIONES PACTADAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 – SE EXCLUYERON DEL AMPARO LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

Todas y cada una de las pretensiones del llamamiento en garantía formulado a mi representada se encuentran condenadas al fracaso pues, lo cierto es que mi representada en virtud de la facultad legal establecida en el artículo 1056 del Código de Comercio consistente en asumir los riesgos a los que este expuesto el interés asegurable a su arbitrio, excluyó de forma expresa *“TODOS LOS DAÑOS Y PERJUICIOS, RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES COSTES O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE, DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, HAYAN SIDO CAUSADOS O COADYUVADOS POR UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O RESULTEN O SE DERIVEN DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O EN RELACIÓN CON ELLA, O DEL TEMOR O AMENAZA (REAL O PERCIBIDO) DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA, CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O HECHO QUE DE MANERA CONCURRENTES O SECUENCIAL HAYA CONTRIBUIDO A LOS MISMOS.”*, en la medida en que el fallecimiento de la señora Manuela Solis Segura (q.e.p.d.) tiene que ver con una *NEUMONIA BACTERIANA*, se tiene que mi representada no asumió dicho riesgo y por ende resulta imposible afectar el amparo otorgado.

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

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

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

***“La exclusión es la forma lícita de reducir el riesgo, esto es de limitarlo, de manera que se concreta a ciertas cosas o hechos, pero no abarca ni se extiende a otros. Por consiguiente, sólo el riesgo contratado queda amparado, y quedan por fuera de tal amparo o protección aquellos que, aun siendo asegurables, los contratantes los han excluido expresamente.”**⁵⁶*

⁵⁶ Becerra Toro, R. (2014). Nociones fundamentales de la teoría general y regímenes particulares del contrato de seguro. Pontificia

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

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

(...)⁵⁷ (énfasis añadido).

Otro tanto ha dicho la jurisprudencia arbitral sobre el particular:

“(...)

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

Sobre este particular, sea lo primero anotar que, como bien es sabido, la posibilidad de delimitar el riesgo en el contrato de seguro, traza, in potentia, el cauce de la obligación indemnizatoria del asegurador, como quiera que, en puridad, esta última se encuentra justamente condicionada a la realización del riesgo asegurado -o los riesgos asegurados- y, en consecuencia, mientras dicha condición no se cumpla en la praxis contractual, el correspondiente deber de prestación no surgirá a la vida jurídica⁵⁸; ello obedece, en sana lógica, a la

Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Jurídica y Política, Carrera de Derecho. Pág.190.

⁵⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de diciembre de 2008. Magistrado Ponente: Arturo Solarte Rodríguez. Radicado No. 11001-3103-012-2000-00075-01.

⁵⁸ Desde el ángulo inmediatamente señalado, como bien lo anota el profesor Abel B. Veiga Copo, “... pueden definirse las cláusulas delimitadoras como aquellas que sirven para definir y concretar el objeto del contrato del seguro de que se trate, de manera que todo acontecimiento o evento acaecido fuera de aquella delimitación, o que constituya una circunstancia de exclusión de cobertura, no tendrá la consideración de siniestro cubierto por la póliza ...”. Condiciones en el contrato de seguro, Editorial Comares, Granada, 2005, p.278.

posibilidad con que cuenta el asegurador de delimitar el estado del riesgo, institución estructural del de la relación aseguraticia y una de las figuras en las que descansa el seguro considerado in globo, esto es, desde una perspectiva técnica, financiera y jurídica, habida cuenta de que, en principio, per se, naturalmente con excepciones, "... ningún asegurador estará dispuesto a asegurar todos los riesgos que puedan afectar a nuestras cosas o a nuestro patrimonio ..." ⁵⁹.

Así, si se parte de la base de que " ... la prestación del asegurador (...) va a depender de la producción del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, es decir, de un hecho futuro e incierto, al menos en una forma relativa, en el • sentido de que puede tratarse de un evento que se sabe que se va a producir pero no cuándo (..) y de que el riesgo es objeto de la cobertura dentro de los límites pactados, de manera que es el riesgo que se encuentra dentro de los límites y de las modalidades establecidas en el contrato, el que, como riesgo asegurado, condiciona la obligación del asegurador ... " ⁶⁰, resulta palmario que "... la posibilidad de limitación de los riesgos es indispensable para el asegurador (...) teniendo presente que sólo se llega a definir cada riesgo y a limitarlo con precisión, si puede medirse y apreciarse su valor para fijar la suma asegurada, la prima y la indemnización o el beneficio: sólo se puede agruparlos en mutualidad y realizar su compensación, si es posible efectuar una clasificación exacta de los riesgos..." ⁶¹ (énfasis añadido).

De conformidad con la abundante doctrina y jurisprudencia citada *in extenso*, se observa que la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 consagró la siguiente exclusión:

"ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

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

58. CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS LMA 5394

⁵⁹ GARRIGUES, Joaquín. Contrato de Seguro Terrestre. Ed. Aguirre. Madrid. 1982. p.144; a lo anterior, el profesor Garrigues agrega, con diáfana claridad, que " ... al cerrar el contrato, las partes han de estar, pues, de acuerdo sobre los hechos amenazadores, cuya realización engendrará la acción de resarcimiento frente al asegurador. Y es el tomador del seguro quien ha de describir las circunstancias del riesgo, no el asegurador (de aquí la carga de la exacta declaración previa al contrato). Una vez conocidas las circunstancias que sirvan para individualizar el riesgo, su apreciación o estimación incumbe exclusivamente al asegurador, quien, como resultado de este juicio, podrá determinar el grado de probabilidad del siniestro de ese juicio, podrá determinar el grado de probabilidad del siniestro y decidirá si acepta o no reparar sus consecuencias (...) Pero en cada contrato es inexcusable concretar las circunstancias que permitirán decidir si un determinado hecho dañoso entra dentro del riesgo o riesgos previstos en el contrato. Este principio, llamado "principio individualización del riesgo", no significa, sin embargo, que cada contrato de seguro haya de referirse a un riesgo único ... ". Ibídem, pp.144-145.

⁶⁰ SÁNCHEZ CALERO, Fernando. Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50 de 1980, de 8 de octubre y sus modificaciones. Aranzadi Editorial. Navarra. 1999. p.33; a lo que el profesor Sánchez Calero agrega que en el seguro se " ... ha de individualizar el riesgo que se quiere asegurar, que depende de la naturaleza del evento que se pretende asegurar y del interés sobre el cual debe verificarse el evento, debiendo producirse en el contrato una delimitación de ese riesgo, con precisión de las causas del evento, el tiempo y el espacio en que debe verificarse (...) las cláusulas establecidas en el contrato no limitan 'los derechos del asegurado, sino que delimitan el riesgo asumido en el contrato, su contenido, el ámbito al que el mismo se extiende', lo que constituye un límite objetivo nacido de la voluntad pactada de las partes ... ". Ibídem, p.33.

⁶¹ HALPERIN, Isaac. Seguros. Exposición crítica de la ley 17.418. Ediciones Depalma. Buenos Aires. 1972. p.342.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO, SE EXCLUYEN DE ESTE CONTRATO TODOS LOS DAÑOS Y PERJUICIOS, RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES COSTES O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE, DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, HAYAN SIDO CAUSADOS O COADYUVADOS POR UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O RESULTEN O SE DERIVEN DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O EN RELACIÓN CON ELLA, O DEL TEMOR O AMENAZA (REAL O PERCIBIDO) DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA, CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O HECHO QUE DE MANERA CONCURRENTES O SECUENCIAL HAYA CONTRIBUIDO A LOS MISMOS.

EN ESTE CONTRATO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD CONTAGIOSA TODA ENFERMEDAD QUE PUEDE TRANSMITIRSE DE UN ORGANISMO A OTRO POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE CUANDO:

A. LA SUSTANCIA O AGENTE SEA, SIN CARÁCTER LIMITATIVO, UN VIRUS, BACTERIA, PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DEL MISMO, TANTO SI SE LE CONSIDERA VIVO COMO SI NO, Y

B. EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN, DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYA, SIN CARÁCTER LIMITATIVO, LA TRANSMISIÓN POR VÍA AÉREA, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN POR O A CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO YA SEA SÓLIDO, LÍQUIDO O GASEOSO, O ENTRE ORGANISMOS, Y

C. LA ENFERMEDAD, SUSTANCIA O AGENTE PUEDA SER CAUSA O AMENAZA DE DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDA SER CAUSA O AMENAZA DE DAÑOS, DETERIORO O PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIALIZACIÓN O USO DE BIENES.”

De igual forma, las exclusiones traídas a colación cumplen con los requisitos de validez y eficacia contemplados en nuestro ordenamiento jurídico, en especial, en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, conforme lo ha dicho la jurisprudencia unificada de la H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia⁶²:

“2.2. En ese contexto, el numeral segundo del artículo 184 del EOSF, -en lo que concierne a las exclusiones- prescribe que, «[l]os amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza» (se subraya). A su vez, la Circular Básica Jurídica 029 de 2014 dispone lo siguiente: «Requisitos generales de las pólizas de seguros. (...) Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información: En la carátula (...). A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones) (...) Los amparos

⁶² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 06 de septiembre de 2024. SC2100-2024 Radicación n.º 11001-31-03-007-2012-00187-01. Magistrado Ponente: Francisco Ternera Barrios.

básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza» (se subraya). En consecuencia, las notas diferenciales de las disposiciones dieron lugar a que la Corte unificara la interpretación en los siguientes términos:

«(...) considera la Corte que una adecuada interpretación del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero exige su análisis armónico con la normativa que ha proferido la Superintendencia Financiera “para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el artículo 184 numeral, 2° EOSF” y concretamente, la exigencia de la CE 029 de 2014 respecto a la ubicación de los amparos y exclusiones a partir de la primera página (...)

(...) Así las cosas, con base en las anteriores consideraciones la Corte unifica su posición, en el sentido de definir la adecuada interpretación de la norma sustancial bajo estudio, esto es, del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, conforme a la cual, en sintonía con las disposiciones de la Circular Jurídica Básica de la Superintendencia Financiera de Colombia, en las pólizas de seguro los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, a partir de la primera página de la póliza, en forma continua e ininterrumpida⁶³».

Debido a que los hechos que son materia de estudio por parte del despacho coinciden con las exclusiones pactada, en especial, porque la muerte de la señora Manuela Solis Seguro (q.e.p.d.) fue causada y/o coadyuvada – en los términos de la exclusión – por una neumonía de tipo bacteriano, se tiene según lo explicado que mi representada decidió **NO AMPARAR** dichos riesgos, incluido lógicamente el *sub judice* relativo a la enfermedad contagiosa que acabó con la vida de la paciente.

Los documentos que reposan dentro del expediente son claros en indicar que uno de los diagnósticos de la paciente Manuela Solis Seguro (q.e.p.d.) fue una neumonía bacteriana adquirida en comunidad:

DIAGNOSTICOS

I500INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

N189Enfermedad renal cronica, no especificada

I694SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR- NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA

K719ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO- NO ESPECIFICADA

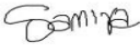
F058OTROS DELIRIOS

J159NEUMONIA BACTERIANA- NO ESPECIFICADA

A419SEPTICEMIA- NO ESPECIFICADA

☒ DiagnosticoPrincipal

DATOS DE MEDICO QUE HACE EL REGISTRO Y DATOS DEL ESPECIALISTA DE TURNO/ COORDINADOR DE SALA



SAMIRA MARCELA RENDON ALVAREZ

MEDICINA GENERAL

Pagina 1/2

Fecha Actual : Lunes, 17 junio 2024

Usuario: 1144070698

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

⁶³ Cfr. CSJ Sentencia SC2879-2022, Rad. 2018-72845-01.

Nº Historia Clínica o Documento: 25434439

(Fecha: 18/08/2021 10:30 a. m.)

Servicio: URGENCIAS ADULTOS

Cama: UADR49

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MANUELA SOLIS SEGURA

Identificación: 25434439

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 21/enero/1949

Edad: 72 Años \ 6 Meses \ 26 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: FORTALEZA

Teléfono: 314563967-3107415004

Lugar Residencia: GUAPI

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ASMET SALUD EPS SAS

Régimen: Regimen_Simplificado

DATOS DEL INGRESO

Responsable: MARIELA SOLIS

Teléfono Resp: 3107415004

Parentesco Resp: HIJA

Nº Ingreso: 5149627

Fecha: 15/08/2021 11:36:25 a. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

Acompañante: MARIELA SOLIS

Teléfono Acomp: 3107415004

ESCALA DEL DOLOR: 0 SIN DOLOR

SUBJETIVO

SE ACUDE A LLAMADO DE ENFERMERIA SE ENCUENTRA A LA PACIENTE MANUELA SOLIS FEMENINA NE LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA - FALLA CRADIACA NYHA II B PERFIL HEMODINÁMICO B SECUNDARIO A CARDIOPATÍA ESCLEROVALVULAR HIPERTENSIVA FEVI 56%, HVI SEVERA IAO MODERADA - HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA - ESTADIO CLÍNICO 2 - RIESGO CARDIOVASCULAR C - SÍNDROME ICTÉRICO - ETIOLOGÍA A DETERMINAR - SEPSIS DE PROBABLE ORIGEN PULMONAR - NEUMONIA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD - ESTADO POST COVID - 19 - FIBROSIS PULMONAR MODERADA SECUNDARIA - ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AGUDIZADA - AKIN III - HISTORIA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA - SECUELAS RANKIN 3 - DELIRIUM HIPERACTIVO MULTIFACTORIAL - FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA , PACIENTE EN MUY MALA CONDICIONES GENERALES FAMILIARES ENTERADO , SIN INDICACION DE MANIOBRAS DE REANIMACION FAMILIAR NO PERMITE LA REALIZACION DE LAS MISMA., PACIENTE SIENDO 10+10 AM , PACIENTE SIN MOVIMIENTO RESPIRATORIO , SIN SIGNOS VITALES , PUPILAS DILATADA , ASITOLIA EN EL MONITOR DE SIGNOS VITALES , PACIENTE FALLECE HORA 10+ 10 AM, SE TRASLADA PACIENTE A LA MORGUE

OBJETIVO

SE ACUDE A LLAMADO DE ENFERMERIA SE ENCUENTRA A LA PACIENTE MANUELA SOLIS FEMENINA NE LA PARACLINICIO LEU 18.8 NEU 72.7 HGB 8.8 HCT 26.1 PLT 93 CREAT 0.907 BUN 116 NA 145 K 3.9 CL 110 TGO 139 TGP 65 KDH 698 BILT 14.09 BILD 9.55 ALBU 1.6 PCR 7.51 PROTT 6.1

pH 7.41 pCO2 26.4 pO2 69.3 HCO3-act 16.5 pO2/FIO2 1.06

ANALISIS

Por todo lo anterior, se le solicita respetuosamente al despacho declarar probada la excepción propuesta absolviendo a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. y declarando que mi representada no tiene el deber legal y/o contractual de asumir una eventual condena que se profiera dentro del proceso de la referencia como consecuencia de las exclusiones pactadas en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 que, valga la insistencia, excluyeron de la cobertura todos los daños y perjuicios, responsabilidades reclamaciones costes o gastos de cualquier naturaleza que, de forma directa o indirecta, hayan sido causados o coadyuvados por una enfermedad contagiosa o resulten o se deriven de una enfermedad contagiosa o en relación con ella, o del temor o amenaza (real o percibido) de una enfermedad contagiosa, con independencia de cualquier otra causa o hecho que de manera concurrente o secuencial haya contribuido a los mismos.

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

Se propone la siguiente excepción, como consecuencia de los argumentos planteados anteriormente, especialmente frente a la falta de demostración de los presupuestos y elementos de la responsabilidad patrimonial de las demandadas, en la medida en que el supuesto daño experimentado por los actores no es imputable de ninguna forma a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE (asegurado), se tiene que resulta imposible afectar el contrato de seguro documentado en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 en la medida en que no se ha realizado el riesgo asegurado.

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Cra 11A No.94A-23 Of. 201,
+57 3173795688 - 601-7616436

GHA
ABOGADOS & ASOCIADOS

ADPM

Página 63 | 77

5.3.4. GARANTÍAS PACTADAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011

En el remoto e hipotético caso que se considere la responsabilidad del asegurado, debe tenerse en cuenta las garantías que se encontraban a cargo de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE, por lo que, en caso de que dicho hospital haya incumplido tales obligaciones pactadas en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 y su condicionado general, debe el despacho aplicar las consecuencias previstas en el artículo 1061 del Código de Comercio.

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

*“Se entiende por garantía del asegurado la promesa que hace de ejecutar o no determinada conducta, o de cumplir cierta exigencia, o la declaración que hace de existir o de no existir determina situación fáctica. Es una obligación escrita (porque debe constar en la póliza o en sus anexos, art. 1061 C.Co.), y a futuro. Esta declaración puede hacerse en la póliza o en un anexo suyo. No tiene ritualidad o formalidad alguna, pero debe indicar con precisión lo que es objeto de ella. **Dicha garantía debe cumplirse de manera estricta, pues de lo contrario el contrato es anulable (inc. 3, art. 1061). Si esta promesa versa sobre un hecho posterior al contrato, puede el asegurador terminarlo en caso de infracción (art. 1061 C.Co.).**”⁶⁴ (énfasis añadido).*

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

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

(...)

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

⁶⁴ Becerra Toro, R. (2014). Nociones fundamentales de la teoría general y regímenes particulares del contrato de seguro. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Jurídica y Política, Carrera de Derecho. Pág. 150.

cálculo de la posibilidad de acaecimiento del riesgo asegurado.

*Expresado en palabras de la doctrina, **la transgresión de las garantías de conducta tiene «su proyección en el equilibrio contractual»; y es en defensa de ese equilibrio que se le otorga a la aseguradora el derecho a terminar el contrato de forma unilateral y retroactiva, a partir del mismo momento en el que su contraparte faltó a su palabra.***⁶⁵ (énfasis añadido).

Para el caso en concreto, se tiene que, en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 y su condicionado general se pactaron las siguientes garantías:

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

(...)

2. QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:

2.1. APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN N°.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES O QUE LA MODIFIQUEN, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, CON LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.

2.2. IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO),

⁶⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 1 de septiembre de 2023. Radicado No. 11001-31-03-011-2018-00032-01. Magistrado Ponente: Luis Alonso Rico Puerta.

PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNESIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

2.3. VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL (ES) INTERVINIENTE(S).

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

2.5. CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD). (...)"

Por todo lo anterior, en el caso de que se encuentre que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE no realizó un manejo de la historia clínica de la paciente acorde con la normatividad vigente, solicito respetuosamente al despacho estudiar las garantías pactadas a cargo del asegurado y en caso de encontrar que incumplió alguna de ellas, se de aplicación a las consecuencias previstas en el artículo 1061 y siguientes del Código de Comercio.

5.3.5. LA COBERTURA OTORGADA POR LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 SE CIRCUNSCRIBE A LOS TÉRMINOS DE SU CLAUSULADO

Se plantea la siguiente excepción para que, no obstante, la prosperidad de las excepciones propuestas frente a la demanda y al llamamiento en garantía, se tengan en cuenta todos y cada uno de los pormenores y cláusulas del contrato de seguro celebrado entre mi representada y el EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE, términos vertidos fundamentalmente en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 junto el condicionado general aplicable a las mismas.

Para sustentar la excepción que se propone, debe tenerse presente que el artículo 1602 del Código Civil, aplicable al régimen comercial, del cual lógicamente hace parte el contrato de seguro, por virtud del artículo 822 del Código de Comercio, establece que el contrato es vinculante para las partes que lo celebran y sólo podrá ser invalidado por ellas mismas o por causas legales. El principio de la autonomía privada de la voluntad recogido en dicho artículo también ha sido plasmado en el negocio aseguratorio como claramente se observa en el artículo 1056 de la actual codificación mercantil:

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

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

“Conviene precisar con respecto al “riesgo” que, en principio, las pólizas no tienen carácter universal en cuanto a la cobertura de toda clase de ellos, y que, por tanto, el asegurador con las restricciones de origen legal tiene derecho a tomar los riesgos que tenga a bien y que correspondan al interés o a la cosa asegurada, al patrimonio o a la persona de quien sea asegurado, a tenor del artículo 1056 C.Co., así que el asegurador está en libertad de aceptar o rechazar los que se le propongan. Como lo reconocen los doctrinantes nacionales, la aseguradora puede a su arbitrio y con entera discreción asumir todos o varios de los riesgos que puedan afectar el interés asegurable o la cosa asegurable, y que se le propongan [PALACIOS SÁNCHEZ, ob cit., pág. 27], claro está, sin violar lo preceptuado en el artículo 1055 C.Co. Cabría pensar aquí y ahora cuál es la razón para la individualización del riesgo. Es claro que como el riesgo se desplaza del patrimonio del asegurado al del asegurador, ambos deben ponerse de acuerdo sobre los elementos de juicio que deben servir para establecer la individualización del riesgo.”⁶⁶ (subrayado y negritas propias).

⁶⁶ Becerra Toro, R. (2014). Nociones fundamentales de la teoría general y regímenes particulares del contrato de seguro. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Jurídica y Política, Carrera de Derecho.

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

“2). Diligenciamiento y expedición de la póliza El documento en que se hace constar el contrato de seguro es la póliza (aunque, éste no tiene carácter solemne). La póliza tiene doble importancia práctica y jurídica, pues, **en ella deben constar todas las estipulaciones de las partes, las condiciones generales, las condiciones particulares**, el riesgo y su estado, la prima, la duración, las exclusiones, el deducible, las situaciones de infraseguro o seguro en exceso, etc., y además es el medio probatorio por excelencia del contrato de seguro. **La póliza debe abarcar no sólo la contratación inicial sino cualquier modificación o adición posterior al seguro** (aunque mientras se complementa o actualiza suele usarse un documento de cobertura provisional).”⁶⁷ (subrayado y negritas propias).

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

*“...corroboran la capacidad individualizadora inherente a las condiciones particulares y su consecuente potencialidad de revelar lo realmente querido por las partes en un asunto contractual determinado, nuestra Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 24 de julio de 2012, puso de presente que “...Para averiguar el querer de los obligados, a más del tenor literal de sus cláusulas y las directrices establecidas en los artículos 1618 a 1624 del Código Civil, 5º y 823 del Código de Comercio, **debe tener en cuenta el intérprete diversos factores que inciden en el acuerdo, tales como las condiciones particulares de los intervinientes y su proceder en los diferentes momentos contractuales, esto es, antes, durante y después de su celebración, de tal manera que refleje de manera precisa el ánimo que los inspiró a vincularse...**”⁶⁸ (subrayado y negritas propias).*

Por todo lo anterior, se solicita tener en cuenta la autonomía de la voluntad del tomador y asegurador que dieron origen al contrato de seguro documentado en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 y, especialmente, las condiciones generales y particulares, vertidas en dicha pólizas, pues ellas reflejan no sólo los amparos contratados sino también sus límites, sublímites, garantías a cargo del tomador para la efectividad del contrato, entre otras disposiciones y cláusulas que hacen parte del negocio asegurativo.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Jaramillo Jaramillo, C. I. (2013). Derecho de seguros. Tomo II. Editorial Temis S.A. - Pontificia Universidad Javeriana. Pág. 747.

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

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

Para sustentar la excepción que ahora se propone, debe tenerse en cuenta, en primer lugar, el tenor literal del artículo 1079 del Código de Comercio:

“ARTÍCULO 1079. 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.”

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

*“El valor asegurado (VA), al cual se refiere el texto del artículo 1089 del Código de Comercio que se acaba de citar, no es otra cosa que la declaración unilateral que hace el asegurado (tomador) al asegurador para efectos del contrato, y **se constituye en otro factor limitante del valor de la indemnización que debe ser pagada al asegurado en caso de siniestro. En otras palabras, si bien el seguro de daños tiene carácter indemnizatorio y no puede implicar como máximo sino la reparación efectiva de la pérdida derivada del siniestro en la medida real de esa pérdida, en todo caso la obligación del asegurador se limita al valor asegurado en la póliza, disposición que consagra el mencionado artículo 1079 del Código de Comercio**, que es inequívocamente imperativa por mandato del artículo 1162 del mismo estatuto.”⁶⁹ (subrayado y negritas propias).*

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

LA PÓLIZA POR VIGENCIA:

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

⁶⁹ Ordóñez Ordóñez, A. E. (2008). Elementos esenciales, partes y carácter indemnizatorio del contrato (Reimpresión a la primera ed.). Universidad Externado de Colombia. Págs. 77 y 78.

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1

DEPARTAMENTO: CAUCA

CIUDAD: GUAPÍ

DIRECCION: CARRERA 2 No. 12-25

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLV en

RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

Por todo lo anterior y en el hipotético y remoto caso que se entre a estudiar las particularidades de los contratos de seguro documentados en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011, a pesar de la inexistencia de responsabilidad a cargo de la entidad asegurada, solicitó tener en cuenta la argumentación planteada en esta excepción junto con el carácter indemnizatorio del negocio aseguraticio en cuestión que será expuesto a continuación.

5.3.7. CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

Para el caso del seguro paramétrico o por índice, el pago por la ocurrencia del riesgo asegurado se hará efectivo con la realización del índice o los índices definidos en el contrato de seguro.” (subrayado y negritas propias).

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

“6. El daño El segundo elemento que configura la responsabilidad es el daño o

perjuicio, cuyo entendimiento es fundamental con relación al seguro de responsabilidad.

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

(...)

Los seguros de daños tienen contenido eminentemente indemnizatorio y jamás podrán constituir fuente de enriquecimiento (artículo 1088 del Código de Comercio).

(...)⁷⁰ (subrayado y negritas propias).

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

5.3.8. DISMINUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA POR PAGO DE INDEMNIZACIONES CON CARGO A LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011

Se plantea esta excepción en la medida en que el despacho debe verificar, antes de dictar sentencia que ponga fin al presente proceso, la disponibilidad de la suma asegurada de la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011, pues, anejo al carácter indemnizatorio de los seguros de daños como ciertamente lo es el seguro de responsabilidad civil, se tiene por expresa disposición del artículo 1111 del Código de Comercio⁷¹ que, la suma asegurada se entenderá reducida, desde el momento del siniestro, en el importe de la indemnización pagada por el asegurador.

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

⁷⁰ Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana.

⁷¹ ARTÍCULO 1111. . La suma asegurada se entenderá reducida, desde el momento del siniestro, en el importe de la indemnización pagada por el asegurador.

5.3.9. DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011

En la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 se pactó como deducible el 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV, por lo que, en el hipotético y remoto caso que se accedan a las infundadas pretensiones de la demanda, le corresponde al asegurado soportar las consecuencias económicas del siniestro en los porcentajes previamente indicados, siempre aplicando el porcentaje mayor de deducible.

La profesora María Cristina Isaza Posse refiriéndose a la jurisprudencia arbitral y a la doctrina nacional, define el concepto de deducible en el contrato de seguro de la siguiente forma:

“La jurisprudencia arbitral colombiana se ha referido al deducible de la siguiente manera:⁷²

3.5.3. El deducible en el contrato de seguro

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

La doctrina ha definido el deducible como “la primera parte de la pérdida que el asegurado asume sobre el monto indemnizable de un siniestro. Puede consistir en una suma fija o en un porcentaje del quantum de la indemnización o en una combinación de ambos”.⁷³ En este sentido opera como un mecanismo para compartir los riesgos entre la aseguradora y el asegurado, quien deberá soportar una porción de la pérdida. En consecuencia, en cada caso habrá que analizar el pacto de las partes para determinar el valor efectivo que la aseguradora debe pagar, luego de aplicar el deducible correspondiente.”⁷⁴

⁷² Laudo Arbitral. Colpensiones contra AXA Colpatria Seguros S.A. Diciembre 22 de 2020. Árbitros: Arturo Solarte Rodríguez; Juan Carlos Esguerra Portocarrero; Alejandro Venegas Franco.

⁷³ Narváez Bonnet, Jorge Eduardo. El contrato de seguro en el sector financiero. Tercera edición. Bogotá: Ed. Grupo Editorial Ibáñez, 2014, p.373

⁷⁴ Isaza Posse, M. C. (2021). El deducible en el seguro de responsabilidad civil en Colombia. Revista Ibero-Latinoamericana De Seguros, 30(54). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ris54.dsrfc>

Para el caso en concreto, se tiene que la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 contempló el siguiente deducible:

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

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

5.3.10. IMPOSIBILIDAD DE PAGO Y EN SUBSIDIO DE LO ANTERIOR PAGO POR REEMBOLSO

Por último, debe precisarse que en el hipotético y remoto evento en el cual el despacho decida acceder a las pretensiones de la demanda, aun ante la prueba de la diligencia y cuidado de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI E.S.E., la relatividad en la falla del servicio y otras circunstancias exoneratorias de la responsabilidad de la demandada, **mi representada no podrá asumir la condena que se le imponga a ASMET SALUD EPS S.A.S. por la sencilla razón de que la llamante en garantía no es parte, ni tomador, ni asegurado y mucho menos beneficiario de la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011, por lo que resulta claro que dicha demandada no tiene ningún derecho legal y/o contractual para exigir una indemnización o el reembolso de un pago que tuviese que hacer como consecuencia de la sentencia respecto de mi representada.** En todo caso, el pago que se le imponga mi representada deberá hacerse por reembolso únicamente respecto del asegurado que, para este caso, no efectuó ninguna acción en contra de mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.

A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

“Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma

directa a la aseguradora, precisamente porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.

(...)⁷⁵

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

“Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le rembolse el monto de la condena que sufiere”

⁷⁵ Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado.

Visto lo anterior, y en la medida en que no se ejerció acción directa en contra de mi representada, en el hipotético y remoto pago que tuviese que hacer, puesto que no está acreditada la responsabilidad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI E.S.E., deberá hacerse por reembolso y no directamente, sin perjuicio de lo expuesto frente a la falta de legitimación en la causa por activa respecto de Asmet Salud EPS S.A.S. para llamar en garantía a mi representada dentro del presente trámite.

5.3.11. GENÉRICA Y OTRAS

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, en concordancia de lo señalado en el artículo 282 del Código general del Proceso y 187 del CPACA. En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción se deberá de manera oficiosa reconocerla en sentencia, incluida la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de conformidad con los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio.

VI. DE LA CONDENA EN COSTAS

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

VII. PRUEBAS

7.1. INTERROGATORIO DE PARTE

Con fundamento en el artículo 198 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del artículo 306 del CPACA, solicito comedidamente al señor Juez, ordenar la citación de las personas que integran la parte demandante (**HERIBERTO PEDROZA SOLIS, ERNESTO PEDROZA SOLIS, FERNANDO SOLIS SOLIS, WILBERTO ARBOLEDA SOLIS, DIEGO ANDRES MANCILLA SOLIS, LUIS FERNANDO MANCILLA SOLIS, NICOLE MANCILLA SOLIS, MARCIANO SOLIS SOLIS, TANIA CAROLA SOLIS SOLIS, OSCAR FERNANDO ANCHICO SOLIS, MARIA LUISA ANCHICO SOLIS, ERIKA YULIETH PEDROZA MONTAÑO, JHON STIVEN PEDROZA MONTAÑO, CARLOS ANDRES PEDROZA MONTAÑO, JHON EDINSON PEDROZA LERMA, GIOVANNY PEDROZA SINISTERRA, JHON FERNANDO PEDROZA SINISTERRA, JHON JANER PEDROZA SINISTERRA, JOSE JAMER PEDROZA SINISTERRA, ANGIE TATIANA PEDROZA MONTAÑO, EMITELIA SOLIS MORENO y JOSE ANTONIO SOLIS MORENO**) con el fin de que absuelvan una serie de preguntas que por escrito en pliego cerrado o abierto les formularé sobre los hechos relacionados con el proceso.

7.2. TESTIMONIALES

Ruego respetuosamente el 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 requieren apoyo en la declaración de terceros.

Adicionalmente, solicito sean decretados los siguientes testimonios:

- 7.2.1. LADY JAZMIN OROBIO BETANCOUR** con registro profesional 1107064196 en su calidad de médica general, quien atendió a la señora MANUELA SOLIS SEGURA el día 13 de agosto de 2021. **Objeto de la prueba:** para que indique el estado de salud de la paciente y el manejo médico ordenado en este día.

El testigo podrá ser ubicado en la dirección Carrera 2 No. 12-25 del municipio de Guapi, celular 317 224 8507 y correo electrónico eseguapicauca@yahoo.es y notificaciones@eseguapi.gov.co

- 7.2.2. CINDY NOLENA PORTOCARRERO OBREGON** con registro profesional 1144033353 en su calidad de médica general quien atendió a la señora MANUELA SOLIS SEGURA el día 11 de agosto de 2021. **Objeto de la prueba:** para que indique el estado de salud de la paciente y el manejo médico ordenado.

El testigo podrá ser ubicado en la dirección Carrera 2 No. 12-25 del municipio de Guapi, celular 317 224 8507 y correo electrónico eseguapicauca@yahoo.es y notificaciones@eseguapi.gov.co

- 7.2.3. YURIS CASSIANI IRIARTE** con registro profesional 30843592 en su calidad de bacterióloga que realizó los exámenes de orina, hematología, inmunología y química sanguínea a la señora MANUELA SOLIS SEGURA durante su estancia en la ESE GUAPI. **Objeto de la prueba:** para que indique los resultados de los exámenes y laboratorios tomados.

El testigo podrá ser ubicado en la dirección Carrera 2 No. 12-25 del municipio de Guapi, celular 317 224 8507 y correo electrónico eseguapicauca@yahoo.es y notificaciones@eseguapi.gov.co

- 7.2.4. LUIS GOVER DIUZA SANCHEZ** en su calidad de médico general, quien atendió a la señora MANUELA SOLIS SEGURA durante las atenciones que esta recibió en el servicio de urgencias de la ESE GUAPI. **Objeto de la prueba:** para que indique el diagnóstico de hipertensión, dislipidemia y accidente cerebrovascular que tenía la paciente Manuela Solis Segura (q.e.p.d.), así como su mala adherencia al tratamiento contra la hipertensión.

El testigo podrá ser ubicado en la dirección Carrera 2 No. 12-25 del municipio de Guapi, celular 317 224 8507 y correo electrónico eseguapicauca@yahoo.es y notificaciones@eseguapi.gov.co

7.3. OFICIOS

Respetuosamente solicito que se oficie a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa para que certifique la disponibilidad de las sumas aseguradas en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-

994000000011, ello debido a que, dicha certificación se trata de una prueba sobreviniente, pues, en el interregno que se surta entre la presente contestación y la audiencia prevista en el artículo 182 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, la suma asegurada puede sufrir varios cambios que pueden incidir en las decisiones que el despacho deba adoptar frente al llamamiento en garantía realizado a mi representada.

7.4. DOCUMENTALES

7.4.1. PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 435-88-994000000011 junto con sus respectivos anexos expedidos.

7.4.2. Condicionado general PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES.

7.5. CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL

De conformidad con el artículo 228 del Código General del Proceso y el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, solicito la comparecencia del perito EDUARDO JOSE DE LA HOZ MERLANO con el fin de realizar la contradicción en audiencia de la pericia aportada junto con la demanda.

VIII. ANEXOS

8.1. Los documentos enunciados en el acápite denominado “Documentales”.

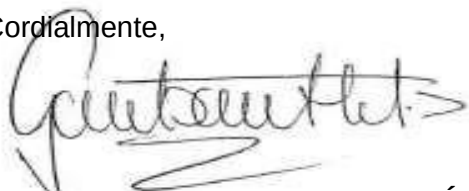
8.2. Poder especial.

8.3. Certificado de existencia y representación de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.

IX. NOTIFICACIONES

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

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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

Señores
JUZGADO 7 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Popayán

Referencia:	RADICADO:	202300214
	DEMANDANTE.	HERIBERTO PEDROZA SOLIS Y OTROS
	DEMANDADO.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, ASMET SALUD EPS SAS, DEPARTAMENTO DEL CAUCA, MUNICIPIO DE GUAPI (CAUCA)
	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

CAL84824 - PODER

Desde Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>

Fecha Vie 22/11/2024 15:45

Para Gustavo Alberto Herrera Avila <gherrera@gha.com.co>; Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (1 MB)

241101-Certificado SFC ASC.pdf; CAL84824.pdf;

Señores

JUZGADO 7 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

Popayán

Referencia: RADICADO: 202300214

DEMANDANTE. HERIBERTO PEDROZA SOLIS Y OTROS

DEMANDADO. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - E.S.E GUAPI, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, ASMET SALUD EPS SAS, DEPARTAMENTO DEL CAUCA, MUNICIPIO DE GUAPI (CAUCA)

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

CAL84824 2024/11/22

GERENCIA JURÍDICA.

Dirección General.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

ENTIDAD COOPERATIVA

Calle 100 No 9A – 45 Bogotá – CO



Compañía de Seguros

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano Celular: 312 342 6229 • **Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna Celular: 310 223 4304 • **Correo:** martinezlunaabogados@gmail.com
Carrera 13 A # 28-38 oficina 221, Bogotá • **Teléfono:** (601) 791 91 80 • **Fax:** (601) 791 91 80 • **Horario:** Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

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> ?

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.395.114**

HERRERA AVILA

APELLIDOS

GUSTAVO ALBERTO

NOMBRES

Gustavo Alberto Herrera Avila
FIRMA



INDICE DERECHO

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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

06-OCT-1978 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00252282-M-0019395114-20100825

0023575747A 1

34475431

304816

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

39116-D2

26/08/1986

16/06/1986

Tarjeta No.

Fecha de
Expedición

Fecha de
Grado

GUSTAVO ALBERTO
HERRERA AVILA

19395114

VALLE

Cedula

Consejo Seccional

MILITAR NUEVA GRANADA
Universidad



Francisco Escobar Henríquez
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

Francisco Escobar Henríquez

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.



Certificado Generado con el Pin No: 1756341452814980

Generado el 01 de noviembre de 2024 a las 11:58:26

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

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

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NIT: 860524654-6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Certificado Generado con el Pin No: 1756341452814980

Generado el 01 de noviembre de 2024 a las 11:58:26

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

SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 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 Yasmith Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

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



Página 3 de 3

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGE: 435

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
19 12 2016

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
19 12 2016 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
19 12 2017 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
19 12 2016 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
19 12 2017 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO
25 11 2024

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CAUCA

CIUDAD: GUAPÍ

DIRECCION: CARRERA 2 No. 12-25 0

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS

SI 56620244 - TERCEROS, AFECTADOS

CONDICIONES PARTICULARES PARA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES.

VIGENCIA 1 AÑO DESDE EL 19 DE DICIEMBRE DE 2.016

SMLV = SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.

Tomador ESE GUAPI

Asegurado ESE GUAPI

Dirección CARRERA 2 No. 12 - 25 GUAPI, CAUCA

Beneficiarios TERCEROS AFECTADOS/TOMADOR DEL SEGURO

3. PROPUESTA ECONOMICA

Límite Asegurado Básico Opción 1. Col \$300.000.000 Límite Agregado Vigencia.

Vigencia de la Póliza Un año, a ser acordada.

Valor de la prima Opción 1 \$6.629.400, incluye gastos de expedición mas IVA

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***300,000,000.00

VALOR PRIMA:
\$ *****5,700,000

GASTOS EXPEDICION:
\$ ***15,000.00

IVA:
\$ *****914,400

TOTAL A PAGAR:
\$ *****6,629,400

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ 5932 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

DCERTUCHE 0

CADB25780708F57757

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

4. COBERTURAS VR. ASEGURADO LIMITE DE COBERTURA

DEDUCIBLE

MODALIDAD

Responsabilidad civil profesional médica

Según opción contratada

Límite al 100% 10% de la pérdida, mínimo 5 SMMLV.

Claims made

R c profesional médica durante transporte en ambulancia

Responsabilidad civil general Límite al 100% 10% mínimo 5 SMMLV. Base Ocurrencia

4.1. AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa

Sublímite del 10% Básico.

Sin deducible Según cobertura afectada.

Costos para constitución de cauciones. \$10.000.000 Evento vigencia

Costas del proceso según fallo judicial. Según texto clausulado Solidaria.

Extensión período de reclamaciones RC Prof Medica / Gastos Defensa. 12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.

RC Profesional Médica atención fuera de instalaciones Sublímite del 50% del Básico.

Sin deducible.

Claims made

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas. Sublímite de 50% del Básico. Sin deducible.

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales Sublímite de 50% de Básico Según amparo afectado Claims made / 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. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.

7.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.

7.6. 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:

o Asegurado contra Asegurado.

o Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

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

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

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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.

9. AMBITO TERRITORIAL

Cobertura Colombia
Jurisdicción 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.

11. REQUISITOS PARA LA EMISION. La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas;

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria.

12. VALIDEZ DE LA COTIZACION

Fecha de cotización; 25 de Noviembre de 2016

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

La presente póliza opera bajo el clausulado general # 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2, el cual se adjunta.

La presente información es una cotización y no constituye oferta o propuesta de contrato alguno; simplemente contiene los términos y condiciones en los cuales la Aseguradora Solidaria de Colombia estaría dispuesta a otorgar cobertura previo cumplimiento de los requisitos y parámetros de suscripción exigidos por la compañía. Tales requisitos y parámetros serán evaluados por la Aseguradora y sólo se podrán entender como aceptados mediante comunicación escrita de la misma manifestando su intención de otorgar cobertura.

CONDICIONES ADICIONALES SEGUN LA GERENCIA DE PRODUCTO :

SINIESTRALIDAD:

Sin siniestros o circunstancias conocidas o reportadas en el formulario de solicitud y/o en cualquier otro documentos entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro

INFORMACIÓN:

Hace parte integrante de la póliza el formulario de solicitud debidamente diligenciado y fechado y/o en cualquier otro documento entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro.

La siguiente información deberá presentarse en caso de ser adjudicada esta propuesta antes del inicio de la vigencia:

- Carta de no conocimiento o noción de eventos que puedan dar lugar a reclamaciones bajo este seguro, y
- De no cambios materiales en la información suministrada en el formulario, ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.
Para que opere las coberturas complementarias citadas en el slip, es necesario cumplir previamente con la aceptación por parte del cliente y aportar lo siguiente;
 - La descripción e identificación del equipo en la solicitud de seguro.
 - La obligación del asegurado de mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes.
 - La obligación del asegurado de ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridadComisión intermediario; 10%.

Validez de la cotización;

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

Las condiciones para este seguro se rigen por el condicionado de ASEGURADORA SOLIDADARIA DE COLOMBIA, incluyendo las exclusiones y condiciones particulares del negocio, descritas en este documento.

La presente cotización no implica aceptación; obliga a la Aseguradora Solidaria de Colombia siempre y cuando el tomador confirme por escrito la aprobación de los términos aquí expuestos.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA COD. AGENCIA: 435 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.012-0
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.012-0
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-

TEXTO ITEM 1

CLIENTE

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
13 02 2017

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
19 12 2017 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **PRORROGA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
19 12 2017 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO
25 11 2024

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **GUAPÍ**

DIRECCION: **CARRERA 2 No. 12-25 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	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 001 - TERCEROS AFECTADOS

SE EXPIDE EL PRESENTE ANEXO PARA HACER CONSTAR QUE SE PRORROGA LA VIGENCIA DE ACUERDO A LA SOLICITUD DEL ASEGURADO SEGUN COMUNICACION DEL INTERMEDIARIO DE FECHA 10 DE FEBRERO DE 2017.

LOS DEMAS TERMINOS NO MODIFICADOS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN VIGENTES.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***300,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****187,397	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****35,605	TOTAL A PAGAR: \$ *****223,003
---	--	---	-------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ	5932	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)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

CATOLED0 0

CADB25780706F57B5A

CLIENTE

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

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

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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Compañía de Seguros

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
28 12 2017

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **GUAPÍ**

DIRECCION: **CARRERA 2 No. 12-25 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

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/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES PARTICULARES PARA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES.

EMISION DE RENOVACION 2017/2018

SMMLV = SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.

Tomador ESE GUAPI

Asegurado ESE GUAPI

Dirección CARRERA 2 No. 12 - 25 GUAPI, CAUCA

Beneficiarios TERCEROS AFECTADOS/TOMADOR DEL SEGURO

3. PROPUESTA ECONOMICA

Limite Asegurado Básico Opción 1. Col \$300.000.000 Limite Agregado Vigencia.

Vigencia de la Póliza Un año, a ser acordada.

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *300,000,000.00**

VALOR PRIMA:
\$ ***5,700,000**

GASTOS EXPEDICION:
\$*15,000.00**

IVA:
\$ **1,085,850**

TOTAL A PAGAR:
\$ ***6,800,850**

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ 5932 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

CATOLED 0

CADB25790F0DFE7C57

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

4. COBERTURAS VR. ASEGURADO LIMITE DE COBERTURA

DEDUCIBLE

MODALIDAD

Responsabilidad civil profesional médica

Según opción contratada

Limite al 100% 10% de la pérdida, mínimo 5 SMMLV.

Claims made

R c profesional médica durante transporte en ambulancia

Responsabilidad civil general Limite al 100% 10% mínimo 5 SMMLV. Base Ocurrencia

4.1. AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa

Sublimite del 10% Básico.

Sin deducible Según cobertura afectada.

Costos para constitución de cauciones. \$10.000.000 Evento vigencia

Costas del proceso según fallo judicial. Según texto clausulado Solidaria.

Extensión período de reclamaciones RC Prof Medica / Gastos Defensa. 12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.

RC Profesional Médica atención fuera de instalaciones Sublimite del 50% del Básico.

Sin deducible.

Claims made

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas. Sublimite de 50% del Básico. Sin deducible.

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales Sublimite de 50% de Básico Según amparo afectado Claims made / 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. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.

7.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.

7.6. 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:

o Asegurado contra Asegurado.

o Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000011** ANEXO: **2**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

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:

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

9. AMBITO TERRITORIAL

Cobertura Colombia
Jurisdicción 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.

11. REQUISITOS PARA LA EMISION. La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas;

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria.

12. VALIDEZ DE LA COTIZACION

Fecha de cotización; 25 de Noviembre de 2016

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

La presente póliza opera bajo el clausulado general # 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2, el cual se adjunta.

La presente información es una cotización y no constituye oferta o propuesta de contrato alguno; simplemente contiene los términos y condiciones en los cuales la Aseguradora Solidaria de Colombia estaría dispuesta a otorgar cobertura previo cumplimiento de los requisitos y parámetros de suscripción exigidos por la compañía. Tales requisitos y parámetros serán evaluados por la Aseguradora y sólo se podrán entender como aceptados mediante comunicación escrita de la misma manifestando su intención de otorgar cobertura.

CONDICIONES ADICIONALES SEGUN LA GERENCIA DE PRODUCTO :

SINIESTRALIDAD:

Sin siniestros o circunstancias conocidas o reportadas en el formulario de solicitud y/o en cualquier otro documentos entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro

INFORMACIÓN:

Hace parte integrante de la póliza el formulario de solicitud debidamente diligenciado y fechado y/o en cualquier otro documento entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro.

La siguiente información deberá presentarse en caso de ser adjudicada esta propuesta antes del inicio de la vigencia:

1. Carta de no conocimiento o noción de eventos que puedan dar lugar a reclamaciones bajo este seguro, y
2. De no cambios materiales en la información suministrada en el formulario, ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.
Para que opere las coberturas complementarias citadas en el slip, es necesario cumplir previamente con la aceptación por parte del cliente y aportar lo siguiente;
 - La descripción e identificación del equipo en la solicitud de seguro.
 - La obligación del asegurado de mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes.
 - La obligación del asegurado de ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridadComisión intermediario; 10%.

Validez de la cotización;

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

Las condiciones para este seguro se rigen por el condicionado de ASEGURADORA SOLIDADARIA DE COLOMBIA, incluyendo las exclusiones y condiciones particulares del negocio, descritas en este documento.

La presente cotización no implica aceptación; obliga a la Aseguradora Solidaria de Colombia siempre y cuando el tomador confirme por escrito la aprobación de los términos aquí expuestos.

CLIENTE

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
05 02 2018
FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59
VIGENCIA HASTA A LAS

DIA MES AÑO
25 11 2024
FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **ANULACION DE ANEXO**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59
VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **GUAPÍ**

DIRECCION: **CARRERA 2 No. 12-25 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ -300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		-300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		-300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		-300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		-300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		-300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		-300,000,000.00	0.00

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/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES PARTICULARES PARA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES.

EMISION DE RENOVACION 2017/2018

SMMLV = SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.

Tomador ESE GUAPI

Asegurado ESE GUAPI

Dirección CARRERA 2 No. 12 - 25 GUAPI, CAUCA

Beneficiarios TERCEROS AFECTADOS/TOMADOR DEL SEGURO

3. PROPUESTA ECONOMICA

Limite Asegurado Básico Opción 1. Col \$300.000.000 Limite Agregado Vigencia.

Vigencia de la Póliza Un año, a ser acordada.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *(300,000,000.00)	VALOR PRIMA: \$ ***** (-5,700,000)	GASTOS EXPEDICION: \$ ***-15,000.00	IVA: \$ *(-1,085,850)	TOTAL A PAGAR: \$ ***** (6,800,850)
---	--	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ 5932 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

DCERTUCHE 0

CADB25790F0CFA7D58

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

4. COBERTURAS VR. ASEGURADO LIMITE DE COBERTURA

DEDUCIBLE

MODALIDAD

Responsabilidad civil profesional médica

Según opción contratada

Límite al 100% 10% de la pérdida, mínimo 5 SMMLV.

Claims made

R c profesional médica durante transporte en ambulancia

Responsabilidad civil general Límite al 100% 10% mínimo 5 SMMLV. Base Ocurrencia

4.1. AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa

Sublímite del 10% Básico.

Sin deducible Según cobertura afectada.

Costos para constitución de cauciones. \$10.000.000 Evento vigencia

Costas del proceso según fallo judicial. Según texto clausulado Solidaria.

Extensión período de reclamaciones RC Prof Medica / Gastos Defensa. 12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.

RC Profesional Médica atención fuera de instalaciones Sublímite del 50% del Básico.

Sin deducible.

Claims made

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas. Sublímite de 50% del Básico. Sin deducible.

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales Sublímite de 50% de Básico Según amparo afectado Claims made / 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. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.

7.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.

7.6. 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:

o Asegurado contra Asegurado.

o Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

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.

9. AMBITO TERRITORIAL

Cobertura Colombia
Jurisdicción 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.

11. REQUISITOS PARA LA EMISION. La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas;

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria.

12. VALIDEZ DE LA COTIZACION

Fecha de cotización; 25 de Noviembre de 2016

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

La presente póliza opera bajo el clausulado general # 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2, el cual se adjunta.

La presente información es una cotización y no constituye oferta o propuesta de contrato alguno; simplemente contiene los términos y condiciones en los cuales la Aseguradora Solidaria de Colombia estaría dispuesta a otorgar cobertura previo cumplimiento de los requisitos y parámetros de suscripción exigidos por la compañía. Tales requisitos y parámetros serán evaluados por la Aseguradora y sólo se podrán entender como aceptados mediante comunicación escrita de la misma manifestando su intención de otorgar cobertura.

CONDICIONES ADICIONALES SEGUN LA GERENCIA DE PRODUCTO :

SINIESTRALIDAD:

Sin siniestros o circunstancias conocidas o reportadas en el formulario de solicitud y/o en cualquier otro documentos entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro

INFORMACIÓN:

Hace parte integrante de la póliza el formulario de solicitud debidamente diligenciado y fechado y/o en cualquier otro documento entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro.

La siguiente información deberá presentarse en caso de ser adjudicada esta propuesta antes del inicio de la vigencia:

- Carta de no conocimiento o noción de eventos que puedan dar lugar a reclamaciones bajo este seguro, y
- De no cambios materiales en la información suministrada en el formulario, ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.
Para que opere las coberturas complementarias citadas en el slip, es necesario cumplir previamente con la aceptación por parte del cliente y aportar lo siguiente;
 - La descripción e identificación del equipo en la solicitud de seguro.
 - La obligación del asegurado de mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes.
 - La obligación del asegurado de ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridadComisión intermediario; 10%.

Validez de la cotización;

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

Las condiciones para este seguro se rigen por el condicionado de ASEGURADORA SOLIDADARIA DE COLOMBIA, incluyendo las exclusiones y condiciones particulares del negocio, descritas en este documento.

La presente cotización no implica aceptación; obliga a la Aseguradora Solidaria de Colombia siempre y cuando el tomador confirme por escrito la aprobación de los términos aquí expuestos.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: **9940000000011** ANEXO: **3**

ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

TEXTO DE LA POLIZA

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA ,LA ANULACION DEL ANEXO DE RENOVACION EN RAZON A QUE HUBO CAMBIO DE INTERMEDIARIO Y SE DEBE EXPEDIR CON LA CLAVE DEL SEÑOR HAROL VALDES.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:4

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: 435

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
05 02 2018

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO
365

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **GUAPÍ**

DIRECCION: **CARRERA 2 No. 12-25 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	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 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES PARTICULARES PARA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES.

EMISION DE RENOVACION 2017/2018

SE CAMBIA DE INTERMEDIACION AL SEÑOR HAROLD VALDES

SMLLV = SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.

Tomador ESE GUAPI

Asegurado ESE GUAPI

Dirección CARRERA 2 No. 12 - 25 GUAPI, CAUCA

Beneficiarios TERCEROS AFECTADOS/TOMADOR DEL SEGURO

3. PROPUESTA ECONOMICA

Limite Asegurado Básico Opción 1. Col \$300.000.000 Limite Agregado Vigencia.

Vigencia de la Póliza Un año, a ser acordada.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***300,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****5,700,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ****1,085,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****6,800,850
---	--	--	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
HAROLD ANTONIO VALDES RODRIGUEZ 4201 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

DCERTUCHE 0

CADB25790F0CFA7D56

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

4. COBERTURAS VR. ASEGURADO LIMITE DE COBERTURA

DEDUCIBLE

MODALIDAD

Responsabilidad civil profesional médica

Según opción contratada

Limite al 100% 10% de la pérdida, mínimo 5 SMLLV.

Claims made

R c profesional médica durante transporte en ambulancia

Responsabilidad civil general Limite al 100% 10% mínimo 5 SMLLV. Base Ocurrencia

4.1. AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa

Sublimite del 10% Básico.

Sin deducible Según cobertura afectada.

Costos para constitución de cauciones. \$10.000.000 Evento vigencia

Costas del proceso según fallo judicial. Según texto clausulado Solidaria.

Extensión período de reclamaciones RC Prof Medica / Gastos Defensa. 12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.

RC Profesional Médica atención fuera de instalaciones Sublimite del 50% del Básico.

Sin deducible.

Claims made

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas. Sublimite de 50% del Básico. Sin deducible.

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales Sublimite de 50% de Básico Según amparo afectado Claims made / 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. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.

7.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.

7.6. 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:

o Asegurado contra Asegurado.

o Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

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.

9. AMBITO TERRITORIAL

Cobertura Colombia
Jurisdicción 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.

11. REQUISITOS PARA LA EMISION. La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas;

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria.

12. VALIDEZ DE LA COTIZACION

Fecha de cotización; 25 de Noviembre de 2016

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

La presente póliza opera bajo el clausulado general # 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2, el cual se adjunta.

La presente información es una cotización y no constituye oferta o propuesta de contrato alguno; simplemente contiene los términos y condiciones en los cuales la Aseguradora Solidaria de Colombia estaría dispuesta a otorgar cobertura previo cumplimiento de los requisitos y parámetros de suscripción exigidos por la compañía. Tales requisitos y parámetros serán evaluados por la Aseguradora y sólo se podrán entender como aceptados mediante comunicación escrita de la misma manifestando su intención de otorgar cobertura.

CONDICIONES ADICIONALES SEGUN LA GERENCIA DE PRODUCTO :

SINIESTRALIDAD:

Sin siniestros o circunstancias conocidas o reportadas en el formulario de solicitud y/o en cualquier otro documento entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro

INFORMACIÓN:

Hace parte integrante de la póliza el formulario de solicitud debidamente diligenciado y fechado y/o en cualquier otro documento entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro.

La siguiente información deberá presentarse en caso de ser adjudicada esta propuesta antes del inicio de la vigencia:

- Carta de no conocimiento o noción de eventos que puedan dar lugar a reclamaciones bajo este seguro, y
- De no cambios materiales en la información suministrada en el formulario, ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.
Para que opere las coberturas complementarias citadas en el slip, es necesario cumplir previamente con la aceptación por parte del cliente y aportar lo siguiente;
 - La descripción e identificación del equipo en la solicitud de seguro.
 - La obligación del asegurado de mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes.
 - La obligación del asegurado de ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridadComisión intermediario; 10%.

Validez de la cotización;

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

Las condiciones para este seguro se rigen por el condicionado de ASEGURADORA SOLIDADARIA DE COLOMBIA, incluyendo las exclusiones y condiciones particulares del negocio, descritas en este documento.

La presente cotización no implica aceptación; obliga a la Aseguradora Solidaria de Colombia siempre y cuando el tomador confirme por escrito la aprobación de los términos aquí expuestos.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: 435

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
19 12 2018

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2019 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2019 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2019 23:59

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **GUAPÍ**

DIRECCION: **CARRERA 2 No. 12-25 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION DE RENOVACION

VIGENCIA 2018-2019

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: CARRERA 2 NO 12 25 GUAPI CAUCA.

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

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO DEL SEGURO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***300,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****5,700,000	GASTOS EXPEDICION: \$***15,000.00	IVA: \$ ****1,085,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****6,800,850
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ 5932 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

LEWALTEROS 0

CADB25790E0AFC7C5D

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

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-D00I 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 del 19 de diciembre de 2016. 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.

VALOR(ES) ASEGURADO(S):

\$300.000.000

AMPARO BÁSICO:

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

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

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

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

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

o Suministro de medicamentos

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

" Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:

- Por Proceso de Cop \$10.000.000.

- Por Evento de Cop \$30.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de Cop \$10.000.000 por evento y Cop \$60.000.000 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.

PERSONAL ASEGURADO

Personal médico bajo relación laboral, de acuerdo a su especialización: 2 médicos, 1 Odontólogo.

Personal médico autorizado para ejercer su profesión dentro del establecimiento médico: 6 médicos, 2 Odontólogos.

Camas: 22

Número de pacientes atendidos en el año: aprox. 36.000

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 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 periodo doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

" 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 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:6

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGE: 435

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
27 12 2019
FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2019 23:59
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2020 23:59
VIGENCIA HASTA A LAS

DIA MES AÑO
25 11 2024
FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2019 23:59
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS DIAS
31 12 2020 23:59 366
VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CAUCA

CIUDAD: GUAPÍ

DIRECCION: CARRERA 2 No. 12-25 0

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

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/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION DE RENOVACION

VIGENCIA 2019-2020

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI- ESE

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI - ESE

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) RIESGO(S) O PREDIO(S) ASEGURABLE(S):

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios

profesionales de salud, consistentes en .

NIVEL DE ATENCION DE LA CLINICA Y/O CENTRO MEDICO: I , II .

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO DEL SEGURO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***300,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****6,843,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ****1,303,020	TOTAL A PAGAR: \$ *****8,161,020
--	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ 5932 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

LEWALTEROS 0

CADB25790D07F9775A

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-D00I y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001046000.

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.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de Diciembre 19 de 2016 siempre y cuando el tomador y/o asegurado (según corresponda) demuestre inequívocamente que ha tenido cobertura de manera ininterrumpida entre la fecha anteriormente citada y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza. En caso de presentarse interrupción de cobertura entre la fecha anteriormente citada y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza la Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es la correspondiente al inicio de vigencia de la presente póliza con Aseguradora Solidaria de Colombia, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

AMPARO BÁSICO:

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

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

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

" Honorarios de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:

o Por Proceso de Cop \$10.000.000.

o Por Evento de Cop \$30.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de Cop \$10.000.000 por evento y Cop \$60.000.000 vigencia.

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

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

" Amparo de Equipos Especiales: sublímite del 30% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

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

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

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

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

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

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

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.

DEDUCIBLES:

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

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 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 (Clausulado) del seguro, se excluyen además las siguientes:

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

" 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA COD. AGENCIA: 435 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.012-0
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.012-0
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-

TEXTO ITEM 1

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

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

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

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:7

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGE: 435

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
30 12 2020

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2020 23:59

VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2021 23:59

VIGENCIA HASTA A LAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2020 23:59

VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2021 23:59

VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CAUCA

CIUDAD: GUAPÍ

DIRECCION: CARRERA 2 No. 12-25 0

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION DE RENOVACION

VIGENCIA 2020-2021

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI- ESE
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI- ESE

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) RIESGO(S) O PREDIO(S) ASEGURABLE(S): GUAPI CAUCA

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

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***300,000,000.00

VALOR PRIMA:
\$ *****7,500,000

GASTOS EXPEDICION:
\$ ***15,000.00

IVA:
\$ ****1,427,850

TOTAL A PAGAR:
\$ *****8,942,850

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE CLAVE %PART
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ 5932 100.00

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

LEWALTEROS 0

CADB25790B0FF47E59

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 7

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-D00I V2 y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001046000.

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de Diciembre 19 de 2016 siempre y cuando el tomador y/o asegurado (según corresponda) demuestre inequívocamente que ha tenido cobertura de manera ininterrumpida entre la fecha anteriormente citada y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza. En caso de presentarse interrupción de cobertura entre la fecha anteriormente citada y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza la Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es la correspondiente al inicio de vigencia de la presente póliza con Aseguradora Solidaria de Colombia, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

AMPARO BÁSICO:

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

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

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

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

o Por Proceso: COP \$10.000.000.

o Por Evento: COP \$30.000.000.

o

" Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / COP \$60.000.000 vigencia.

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

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

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

" Amparo de Equipos Especiales: sublímite del 30% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

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

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

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

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

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 7

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

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

" Clausula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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:

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000011** ANEXO: **7**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

TEXTO ITEM 1

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

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

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

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV

PERSONAL ASEGURADO:

Clase Especialidad Grupo A Grupo B

I Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras. 0 0

II Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología, Oftalmología, 0 0

III Demás Médicos. 2 6

IV Odontólogos, Ortodoncistas 1 2 3 8

V Camas. VI Número de Pacientes atendidos en un año

RELACION DE PERSONAL MEDICO

Totales 22 36.000

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.

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.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

REQUISITOS PARA LA EMISION:

La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

" Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado, fechado y firmado por el representante legal de la entidad asegurada.

" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

" Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria de Colombia.

CLIENTE

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:8

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGE: 435

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
04 01 2022
FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2021 23:59
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2022 23:59
VIGENCIA HASTA A LAS

DIA MES AÑO HORAS
25 11 2024
FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVIACION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2021 23:59
VIGENCIA DESDE A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2022 23:59
VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CAUCA

CIUDAD: GUAPÍ

DIRECCION: CARRERA 2 No. 12-25 0

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION DE RENOVIACION

VIGENCIA TECNICA 1 AÑO

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE- GUAPI.

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE-GUAPI.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: HOSPITAL GUAPI- MUNICIPIO DE GUAPI-CAUCA.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: NIVEL DE ATENCION I Y II.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 18 dieciocho

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***300,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****7,500,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ****1,427,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****8,942,850
--	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ 5932 100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

LEWALTEROS 0

CADB25790A09FE7E5E

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:

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

CONDICIONES GENERALES:

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

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

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de: Diciembre 19 de 2.016 VIGENCIA DE LA POLIZA EMITIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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

AMPARO BÁSICO:

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

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

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

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

Sublímite del 15% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$10.000.000.

o Por Evento: COP \$30.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / COP \$60.000.000 vigencia.

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000011** ANEXO: **8**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

TEXTO ITEM 1

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

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

1.1 Pérdida cibernética.

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

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

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

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

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

B. ACTO CIBERNÉTICO:

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

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

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

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

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

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

E. DATOS:

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000011** ANEXO: **8**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

TEXTO ITEM 1

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

AMBITO TERRITORIAL:

- " Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

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

DEDUCIBLES:

- " Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:9

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
30 12 2022

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2022 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2022 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO
365

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **GUAPÍ**

DIRECCION: **CARRERA 2 No. 12-25**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

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/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION DE RENOVACION

VIGENCIA TECNICA 1 AÑO

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE- GUAPI.

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE-GUAPI.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: HOSPITAL GUAPI- MUNICIPIO DE GUAPI-CAUCA.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: NIVEL DE ATENCION I Y II.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 18 dieciocho

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***300,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****9,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$***15,000.00	IVA: \$ ****1,712,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****10,727,850
---	--	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ	5932	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)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

LEWALTEROS 0

CADB2579080CFA765E

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 9

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:

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

CONDICIONES GENERALES:

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

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

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de: Diciembre 19 de 2.016 VIGENCIA DE LA POLIZA EMITIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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

AMPARO BÁSICO:

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

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

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

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

Sublímite del 15% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$10.000.000.

o Por Evento: COP \$30.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / COP \$60.000.000 vigencia.

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 9

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000011** ANEXO: **9**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

TEXTO ITEM 1

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

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

1.1 Pérdida cibernética.

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

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

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

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

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

B. ACTO CIBERNÉTICO:

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

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

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

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

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

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

E. DATOS:

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000011** ANEXO: **9**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

TEXTO ITEM 1

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

AMBITO TERRITORIAL:

- " Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

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

DEDUCIBLES:

- " Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:10

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGE: 435

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO
30 12 2023

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2023 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2024 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2023 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS DÍAS
31 12 2024 23:59 366

VIGENCIA HASTA

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

DIRECCIÓN: CR 2 12 25

CIUDAD: GUAPÍ, CAUCA

TELÉFONO: 3206745921

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CAUCA

CIUDAD: GUAPÍ

DIRECCION: CARRERA 2 No. 12-25

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		300,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION DE RENOVACION - 2024-2025

VIGENCIA TECNICA 1 AÑO

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE- GUAPI.

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE-GUAPI.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: HOSPITAL GUAPI- MUNICIPIO DE GUAPI-CAUCA.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: NIVEL DE ATENCION I Y II.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: 18 dieciocho

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***300,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****9,957,205	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ****1,894,719	TOTAL A PAGAR: \$ *****11,866,925
--	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ	5932	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)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

DCERTUCHE 0

CADB2579060BFD7B5B

CLIENTE

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

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

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

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

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 10

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:

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

CONDICIONES GENERALES:

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

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

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de: Diciembre 19 de 2.016 VIGENCIA DE LA POLIZA EMITIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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

AMPARO BÁSICO:

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

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

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

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

o Suministro de medicamentos.

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

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

Sublímite del 15% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$10.000.000.

o Por Evento: COP \$30.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / COP \$60.000.000 vigencia.

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 10

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 10

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

1.1 Pérdida cibernética.

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

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

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

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

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

B. ACTO CIBERNÉTICO:

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

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

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

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

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

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

E. DATOS:

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGENCIA: **435**

RAMO: **88**

No PÓLIZA: **994000000011** ANEXO: **10**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

TEXTO ITEM 1

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

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

AMBITO TERRITORIAL:

- " Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

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

DEDUCIBLES:

- " Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV

CLIENTE

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

INTRODUCCIÓN

DE CONFORMIDAD CON LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, EN ADELANTE EL ASEGURADO, CUYA VERACIDAD CONSTITUYE CAUSA DETERMINANTE PARA LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; Y DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO TAMBIÉN EN SUS CLÁUSULAS ADICIONALES, ESPECIALES Y ENDOSOS QUE LE SEAN APLICABLES Y, EN LO NO DISPUESTO EN ELLAS, A LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA; **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPAÑÍA, CONVIENE EN AMPARAR AL ASEGURADO CONTRA LOS RIESGOS QUE SON OBJETO DE COBERTURA EN LA MISMA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SIGUIENTES:

ARTÍCULO 1º - OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

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

**SECCIÓN I - AMPARO BÁSICO - RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES**

ARTÍCULO 2º - EXCLUSIONES

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

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
2. DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN
7. INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
11. DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO, INCLUYENDO ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
12. CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
13. TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
14. TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 7 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/O HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
15. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA

NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

17. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.
18. TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD A LOS PACIENTES, DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.
19. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS DEL ASEGURADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA.
20. DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.
21. FALLOS DE TUTELA.
22. FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
23. FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA, ASÍ COMO AL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
24. RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
25. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, INCLUIDOS LOS DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL.
26. DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
27. RESPONSABILIDAD PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO

SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

28. HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.

- 29.** LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.
- 30.** ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.
- 31.** DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA, TENENCIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
- 32.** RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 33.** LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 34.** FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.
- 35.** MULTAS Y PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.
- 36.** ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
- 37.** OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y SEA O NO CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY.
- 38.** LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 39.** DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

40. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
42. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
43. DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
44. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
45. USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.
48. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AUN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS.

SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

49. ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.
50. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
51. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.
52. QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.
53. CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA

PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

54. LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
55. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
56. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SALVO QUE CONSTE ACUERDO EXPRESO EN CONTRARIO.
57. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
58. **CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS LMA 5394**
SIN PERJUICIO DE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO, SE EXCLUYEN DE ESTE CONTRATO TODOS LOS DAÑOS Y PERJUICIOS, RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES COSTES O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA QUE, DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, HAYAN SIDO CAUSADOS O COADYUVADOS POR UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O RESULTEN O SE DERIVEN DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA O EN RELACIÓN CON ELLA, O DEL TEMOR O AMENAZA (REAL O PERCIBIDO) DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA, CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O HECHO QUE DE MANERA CONCURRENTES O SECUENCIAL HAYA CONTRIBUIDO A LOS MISMOS.

EN ESTE CONTRATO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD CONTAGIOSA TODA ENFERMEDAD QUE PUEDE TRANSMITIRSE DE UN ORGANISMO A OTRO POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE CUANDO:

- A. LA SUSTANCIA O AGENTE SEA, SIN CARÁCTER LIMITATIVO, UN VIRUS, BACTERIA, PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DEL MISMO, TANTO SI SE LE CONSIDERA VIVO COMO SI NO, Y
- B. EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN, DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYA, SIN CARÁCTER LIMITATIVO, LA TRANSMISIÓN POR VÍA AÉREA, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN POR O A CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO YA SEA SÓLIDO, LÍQUIDO O GASEOSO, O ENTRE ORGANISMOS, Y
- C. LA ENFERMEDAD, SUSTANCIA O AGENTE PUEDA SER CAUSA O AMENAZA DE DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDA SER CAUSA O AMENAZA DE DAÑOS, DETERIORO O PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIALIZACIÓN O USO DE BIENES.

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

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

SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

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

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

3. GASTOS DE DEFENSA

LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN TÁCITA DE

COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

3.1. HONORARIOS DE DEFENSA

HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

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

EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA, SI LA HUBIERE.

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

PARA QUE OPERE ESTA COBERTURA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A LA COMPAÑÍA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, TALES COMO PERO NO LIMITADAS A LAS SIGUIENTES:

3.1.1. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO.

3.1.2. CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.

3.1.3. CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

3.2. COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCER DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCIÓN GENERA, EL CUAL SE PAGARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

3.3. COSTAS DEL PROCESO

AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR EL ASEGURADO CUANDO LA SENTENCIA DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA RESULTE DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE LA COMPAÑÍA. LO ANTERIOR SALVO QUE LA CAUSAL DE RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA, PROVENGA DE DOLO DEL asegurado o cuando el asegurado afronte el proceso contradiciendo orden expresa de la compañía.

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

SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES

MEDIANTE ACUERDO EXPRESO ENTRE LAS PARTES Y SUJETO A QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA PRIMA ADICIONAL ACORDADA, ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR:

1. PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES

LA PRESENTE COBERTURA DARÁ DERECHO AL ASEGURADO, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DE EXTENDER LA COBERTURA HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O FORMULEN CONTRA EL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ, CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO LOS PRESTADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA.

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA.

EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN REINSTALAMIENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA IMPLICA LA CONDICIÓN PREVIA QUE SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, Y SE PAGUE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO.

SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDO LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DEL ASEGURADO, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, LA COMPAÑÍA:

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

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO, INCLUIDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA CAUSADA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS.

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE CONTEMPLA LA PÓLIZA, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INSTITUCIONAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES COMETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA, EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS., Y QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PALIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

3. POSESIÓN Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALES

NO OBSTANTE, LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES, MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES COMO RESULTADO DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE:

3.1. EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO

3.1.1.EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA.

3.1.2.EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER).

3.1.3.EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA.

3.1.4.EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER.

3.2. EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.

PARA QUE SE OTORQUE ESTA COBERTURA ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

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

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

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

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL PERJUICIO PATRIMONIAL QUE EL ASEGURADO DEBA INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEA DECLARADO RESPONSABLE, ORIGINADA EN LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL CONFORME A FORMULA MÉDICA Y, ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

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

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

5. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTA COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES CAUSADOS POR MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 3 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.2 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, Y/O PERSONAL DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN, QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, SIEMPRE Y CUANDO LOS PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA DERIVADA DEL USO DE SUS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES Y NO ESPECIALES Y/O PERSONAL DE APOYO POR PARTE DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES.

6. AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

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

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

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

7. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL ASEGURADO, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN CORPORAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PRESENTE PALIZA.

ARTÍCULO 4° - UNIDAD DE EVENTO

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

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

ARTÍCULO 5° - RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

A. LÍMITE POR EVENTO

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ES EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO, EN RELACIÓN CON TODOS LOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES AMPARADOS POR LA PÓLIZA.

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE POR EVENTO.

DICHAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARÁN PRESENTADAS POR PRIMERA VEZ EN LA FECHA EN QUE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES HAYA SIDO PRESENTADA SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA. EN TODO CASO, EL CONJUNTO DE RECLAMACIONES NO ESTARÁ CUBIERTO SI ES ANTERIOR A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA.

ASÍ MISMO, LA SERIE DE ACTOS MÉDICOS QUE SON O ESTÁN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA, SITUACIÓN O EVENTO, SE CONSIDERARÁN UN MISMO ACTO, Y CONSTITUIRÁN UN SOLO DAÑO Y/O GASTOS LEGALES, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE RECLAMANTES Y/O RECLAMACIONES FORMULADAS. LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR DICHOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES, NO EXCEDERÁ EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

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

CUANDO EN UNA CLÁUSULA O AMPARO ADICIONAL SE ESTIPULE UN SUBLÍMITE POR PERSONA O POR EVENTO O POR VIGENCIA, TAL SUBLÍMITE SERÁ EL LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN QUE SE LE APLIQUE A DICHA COBERTURA, EL CUAL HARÁ PARTE DE LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA.

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, COSTAS, GASTOS, INTERESES Y HONORARIOS DERIVADOS DE TODOS LOS RECLAMOS A CONSECUENCIA DE DISTINTOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES Y/O EVENTOS, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; NO EXCEDERÁ DEL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

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

ARTÍCULO 6° - LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

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

DE OTORGARSE EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES DESCRITO EN LA NUMERAL 1 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

- B.** PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

ARTÍCULO 7° - BASES PARA EL CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA, EL IMPORTE BASE DE LA INDEMNIZACIÓN BAJO LOS ALCANCES DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA CORRESPONDERÁ A:

- A.** LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO HAYA EFECTIVAMENTE PAGADO A TERCEROS EN VIRTUD DE UNA SENTENCIA JUDICIAL EJECUTORIADA O DE UNA TRANSACCIÓN EXPRESAMENTE AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.
- B.** EL MONTO PAGADO POR CONCEPTO DE COSTAS Y GASTOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES A QUE FUERA SENTENCIADO EL ASEGURADO EN EL MISMO JUICIO MENCIONADO EN EL LITERAL ANTERIOR.

- C. LOS HONORARIOS Y GASTOS PAGADOS POR EL ASEGURADO A LOS ABOGADOS QUE HUBIEREN PARTICIPADO EN SU DEFENSA JUDICIAL, EN LA MEDIDA QUE LA COMPAÑÍA HAYA APROBADO LA DESIGNACIÓN DE LOS ABOGADOS Y LAS CONDICIONES DE SU CONTRATACIÓN.
- D. LOS PAGOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS, A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, U OTROS, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA.

EL IMPORTE RESULTANTE DE LA SUMATORIA DE A, B, C Y D, INCLUYENDO LOS INTERESES LEGALES QUE CORRESPONDAN, MÁS LOS GASTOS PAGADOS DIRECTAMENTE POR LA COMPAÑÍA A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, ABOGADOS, ASESORES, U OTROS, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. CUALQUIER EXCESO SERÁ DE CARGO DEL ASEGURADO.

ARTÍCULO 8° - DEDUCIBLE

LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

ARTÍCULO 9° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

1. DAR NOTICIA A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, LA RECLAMACIÓN O LA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.
2. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA.
3. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE LA COMPAÑÍA, Y MANTENER A LA COMPAÑÍA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS, ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.
4. SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN RELATIVA A:

- 4.1. LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO POR LAS CUALES EL ASEGURADO TUVO CONOCIMIENTO POR PRIMERA VEZ DE LA POSIBLE RECLAMACIÓN.
 - 4.2. LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS
 - 4.3. LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO
 - 4.4. LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO,
 - 4.5. LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.
5. NO ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
 6. INFORMAR A LA COMPAÑÍA, DE LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACIÓN DE LA ASEGURADORA Y DE LA SUMA ASEGURADA DE LOS MISMOS. EL INCUMPLIMIENTO MALICIOSO DE LA OBLIGACIÓN DE DECLARAR SEGUROS COEXISTENTES, CONLLEVARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO CONFORME LO PRECEPTUADO EN EL ARTÍCULO 1076 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

ARTÍCULO 10° - DERECHOS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

CUANDO OCURRA UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PODRÁ:

1. COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MÉDICA Y ECONÓMICAMENTE LOS DAÑOS CORPORALES SUFRIDOS POR EL PACIENTE, PARA DETERMINAR LA CAUSA Y SECUELAS DE LOS MISMOS, PARA LO CUAL PODRÁ DESIGNAR UNO O MÁS EXPERTOS, EXAMINAR LA PRUEBA INSTRUMENTAL Y REALIZAR LAS INDAGACIONES NECESARIAS.
2. INFORMARSE DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS O JUDICIALES MOTIVADAS O RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO, O CONSTITUIRSE EN PARTE EN EL PROCESO CIVIL, PENAL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL.
3. PRACTICAR AUDITORIA MÉDICO-LEGAL DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, ASÍ COMO DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
4. BENEFICIARSE CON TODOS LOS DERECHOS, EXCEPCIONES Y ACCIONES QUE FAVOREZCAN AL ASEGURADO Y LIBERARSE DE RESPONSABILIDAD EN LA MISMA PROPORCIÓN EN QUE SE LIBERE EL ASEGURADO.

LAS FACULTADES CONFERIDAS A LA COMPAÑÍA POR ESTA CONDICIÓN PODRÁN SER EJERCIDAS POR ELLA EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS EL ASEGURADO, EL PACIENTE O SUS CAUSAHABIENTES NO HAYAN RENUNCIADO A CUALQUIER RECLAMACIÓN.

ARTÍCULO 11° – DEFENSA

LA COMPAÑÍA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL NUMERAL 3.1 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

SI LA COMPAÑÍA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBERÁ REEMBOLSAR A LA COMPAÑÍA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

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

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

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO LA COMPAÑÍA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DEL ASEGURADO, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTE EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE EL ASEGURADO PUEDA NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

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

ARTÍCULO 12° - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO QUEDARÁN PRIVADOS DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTE; SI EN APOYO DE ELLA, SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SI SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.
2. CUANDO AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO OMITEN MALICIOSAMENTE INFORMAR DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES E INTERESES ASEGURADOS.
3. CUANDO RENUNCIEN A SUS DERECHOS CONTRA LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 13° - COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE QUE EL AMPARO OTORGADO POR ESTA PÓLIZA CONCURRA CON EL OTORGADO POR OTRAS PÓLIZAS QUE AMPAREN EL MISMO RIESGO, LA COMPAÑÍA SÓLO SERÍA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN EXCESO DEL MONTO CUBIERTO POR LOS DEMÁS SEGUROS CONTRATADOS. EN EL EVENTO DE EXISTIR EN DICHAS PÓLIZAS UNA CLÁUSULA EN EL SENTIDO AQUÍ EXPRESADO, SE APLICARÁN LAS REGLAS REFERENTES A LA COEXISTENCIA DE SEGUROS, PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1.092 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CON ARREGLO A LAS CUALES, LOS DIVERSOS ASEGURADORES DEBERÁN SOPORTAR LA INDEMNIZACIÓN EN PROPORCIÓN A LA CUANTÍA DE SUS RESPECTIVOS CONTRATOS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ACTUADO DE BUENA FE.

ARTÍCULO 14° - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO O AL BENEFICIARIO CUALQUIER MONTO DEBIDO BAJO ESTA PÓLIZA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, EN UN TODO DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1077 Y 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ARTÍCULO 15° - SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1096 A 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

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

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

ARTÍCULO 16° - DISTRIBUCIÓN

EN EL EVENTO EN QUE UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, DE LUGAR A UN DAÑO CUBIERTO Y AL MISMO TIEMPO UN DAÑO NO CUBIERTO, EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA DISTRIBUIRÁN DICHO DAÑO Y GASTOS LEGALES EN LA MISMA PROPORCIÓN EN LA QUE SE DISTRIBUYA LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE LAS PARTES.

CUALQUIER DISTRIBUCIÓN O ANTICIPO DE GASTOS LEGALES EN RELACIÓN CON UNA RECLAMACIÓN NO CREARÁ PRESUNCIÓN ALGUNA RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE OTRO DAÑO ORIGINADO POR DICHA RECLAMACIÓN.

SI EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA NO LOGRAREN LLEGAR A UN ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS GASTOS LEGALES QUE DEBEN SER DESEMBOLSADOS PARA LA ATENCIÓN DE DICHA RECLAMACIÓN, LA COMPAÑÍA SUMINISTRARÁ LOS GASTOS LEGALES QUE CONSIDERE RAZONABLEMENTE CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA HASTA QUE SE ACUERDE O SE DETERMINE UNA DISTRIBUCIÓN DIFERENTE. UNA VEZ ACORDADA O DETERMINADA LA DISTRIBUCIÓN DE GASTOS LEGALES, ESTOS SERÁN APLICADOS DE MANERA RETROACTIVA A TODOS LOS GASTOS LEGALES YA INCURRIDOS EN RELACIÓN CON DICHA RECLAMACIÓN.

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

ARTÍCULO 17° - AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

ARTÍCULO 18° - REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR LA COMPAÑÍA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL **ASEGURADO**, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE SESENTA (60) DÍAS COMUNES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA COMPAÑÍA.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA SE CALCULARÁ A PRORRATA SOBRE LA VIGENCIA EFECTIVA DEL SEGURO MÁS UN RECARGO DEL 10% DE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA Y LA ANUAL.

ARTÍCULO 19° - PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

ARTÍCULO 20° - FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

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

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

ARTÍCULO 21° - DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR LA COMPAÑÍA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA, LA HUBIESEN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO LA COMPAÑÍA SOLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTA CONDICIÓN NO SE APLICAN SI LA COMPAÑÍA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

ARTÍCULO 22° - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE, CONFORME AL CRITERIO CONSIGNADO EN EL INCISO PRIMERO DE LA CONDICIÓN DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL.

LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR. SI LE ES EXTRAÑA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE PREVISTOS, LA COMPAÑÍA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. PERO SÓLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

ASÍ MISMO, EL TOMADOR O EL ASEGURADO PODRÁN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO NOTIFICAR TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DISMINUYAN EL RIESGO, DEBIENDO POR TANTO LA COMPAÑÍA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA SEGUNDA LA TARIFA CORRESPONDIENTE POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

ARTÍCULO 23° - DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES, LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS POR ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SE REGISTRARÁN POR LO PRESCRITO EN EL TÍTULO V DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

ARTÍCULO 24° - NOTIFICACIONES

TODA INFORMACIÓN O DECLARACIÓN QUE DEBA ENTREGAR O HACER CUALQUIERA DE LAS PARTES EN DESARROLLO DE ESTE CONTRATO DEBERÁ REALIZARSE POR ESCRITO Y SER ENVIADA A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA DE LA OTRA PARTE, SIN PERJUICIO DE LO DICHO EN EL NUMERAL 1 DEL ARTÍCULO 9° DE LA PRESENTE, EN LO QUE CONCIERNE AL AVISO DE SINIESTRO.

ARTÍCULO 25° - GARANTÍAS

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

1. QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO CONVERTIRÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.
2. QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:
 - 2.1. APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN N°.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES O QUE LA MODIFIQUEN, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, CON LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.
 - 2.2. IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNESIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.
 - 2.3. VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL (ES) INTERVINIENTE(S).
 - 2.4. MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
 - 2.5. CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES

LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).

3. EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.
4. ENTREGAR A LA COMPAÑÍA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
5. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
6. COOPERAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
7. PRESTAR A LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
8. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIME NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLE TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERA.
9. PERMITIR A LA COMPAÑÍA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
10. NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
11. CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.
12. MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.
13. DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, LA COMPAÑÍA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:

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

Términos y Definiciones

Asegurado o Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados

Son los establecimientos médicos asistenciales que prestan el servicio médico de salud, sea persona de derecho público o privado, declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en las condiciones particulares de la póliza.

Tomador o Institución Tomadora.

Es la persona jurídica que se designa en las condiciones particulares de esta póliza.

Beneficiario.

Dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Tercero.

Es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:

- Personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de
- Salud asegurados.
- Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
- Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes
- Las personas vinculadas con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados mediante contrato de aprendizaje y/o de prestación de servicios.

Paciente.

Es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.

Acto médico.

Es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

Hecho Dañino.

Es el hecho generador de daños materiales o lesiones corporales.

Daño Material.

Es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

Lesión Corporal.

Es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

Reclamación:

- A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- B. La notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

- C. la notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

Servicios Profesionales en la Atención de la Salud de los Pacientes

Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Pretensión Indemnizatoria.

Es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.

Fecha de Retroactividad

Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o eventos. esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y la compañía. en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.

Guerra

Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o conmoción civil, levantamiento, poder militar o usurpado.

Terrorismo

Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

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

INTRODUCCIÓN

DE CONFORMIDAD CON LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, EN ADELANTE EL ASEGURADO, CUYA VERACIDAD CONSTITUYE CAUSA DETERMINANTE PARA LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; Y DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO TAMBIÉN EN SUS CLÁUSULAS ADICIONALES, ESPECIALES Y ENDOSOS QUE LE SEAN APLICABLES Y, EN LO NO DISPUESTO EN ELLAS, A LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA; **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPAÑÍA, CONVIENE EN AMPARAR AL ASEGURADO CONTRA LOS RIESGOS QUE SON OBJETO DE COBERTURA EN LA MISMA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SIGUIENTES:

ARTÍCULO 1° - OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

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

**SECCIÓN I - AMPARO BÁSICO - RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES**

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

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

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
2. DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN
7. INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
11. DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO, INCLUYENDO ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
12. CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
13. TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
14. TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 7 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/O HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
15. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA

NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

17. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.
18. TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD A LOS PACIENTES, DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.
19. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS DEL ASEGURADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA.
20. DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.
21. FALLOS DE TUTELA.
22. FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
23. FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA, ASÍ COMO AL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
24. RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
25. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, INCLUIDOS LOS DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL.
26. DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
27. RESPONSABILIDAD PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO

SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

28. HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.

- 29.** LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.
- 30.** ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.
- 31.** DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA, TENENCIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
- 32.** RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 33.** LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 34.** FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.
- 35.** MULTAS Y PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.
- 36.** ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
- 37.** OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y SEA O NO CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY.
- 38.** LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 39.** DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

40. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
42. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
43. DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
44. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
45. USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.
48. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AUN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS.

SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

49. ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.
50. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
51. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.
52. QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.
53. CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/O OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL

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

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

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

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

SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

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

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

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

3. GASTOS DE DEFENSA

LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN TÁCITA DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

3.1. HONORARIOS DE DEFENSA

HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

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

EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA, SI LA HUBIERE.

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

PARA QUE OPERE ESTA COBERTURA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A LA COMPAÑÍA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, TALES COMO PERO NO LIMITADAS A LAS SIGUIENTES:

- 3.1.1. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO.**

3.1.2.CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.

3.1.3.CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

3.2. COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCER DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCIÓN GENERA, EL CUAL SE PAGARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

3.3. COSTAS DEL PROCESO

AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR EL ASEGURADO CUANDO LA SENTENCIA DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA RESULTE DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE LA COMPAÑÍA. LO ANTERIOR SALVO QUE LA CAUSAL DE RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA, PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE LA COMPAÑÍA.

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

SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES

MEDIANTE ACUERDO EXPRESO ENTRE LAS PARTES Y SUJETO A QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA PRIMA ADICIONAL ACORDADA, ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR:

1. PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES

LA PRESENTE COBERTURA DARÁ DERECHO AL ASEGURADO, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DE EXTENDER LA COBERTURA HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O FORMULEN CONTRA EL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ, CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO LOS PRESTADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA.

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA.

EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN REINSTALAMIENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA IMPLICA LA CONDICIÓN PREVIA QUE SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, Y SE PAGUE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO.

SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDO LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DEL ASEGURADO, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, LA COMPAÑÍA:

1.1. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.

1.2. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.

1.3. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO EXTENDIDO OTORGADO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO, INCLUIDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA CAUSADA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS.

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE CONTEMPLA LA PÓLIZA, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INSTITUCIONAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES COMETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA, EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS., Y QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PALIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

3. POSESIÓN Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALES

NO OBSTANTE, LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES, MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE

SEAN DECLARADOS RESPONSABLES COMO RESULTADO DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE:

3.1. EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO

- 3.1.1. EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA.**
- 3.1.2. EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER).**
- 3.1.3. EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA.**
- 3.1.4. EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER.**

3.2. EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.

PARA QUE SE OTORQUE ESTA COBERTURA ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

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

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

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

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL PERJUICIO PATRIMONIAL QUE EL ASEGURADO DEBA INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEA DECLARADO RESPONSABLE, ORIGINADA EN LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL CONFORME A FORMULA MÉDICA Y, ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

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

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

5. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTA COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES CAUSADOS

POR MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 3 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.2 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, Y/O PERSONAL DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN, QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, SIEMPRE Y CUANDO LOS PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA DERIVADA DEL USO DE SUS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES Y NO ESPECIALES Y/O PERSONAL DE APOYO POR PARTE DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES.

6. AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

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

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

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

7. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL ASEGURADO, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN CORPORAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PRESENTE PALIZA.

ARTÍCULO 4° - UNIDAD DE EVENTO

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

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

ARTÍCULO 5° - RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

A. LÍMITE POR EVENTO

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ES EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO, EN RELACIÓN CON TODOS LOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES AMPARADOS POR LA PÓLIZA.

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE POR EVENTO.

DICHAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARÁN PRESENTADAS POR PRIMERA VEZ EN LA FECHA EN QUE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES HAYA SIDO PRESENTADA SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA. EN TODO CASO, EL CONJUNTO DE RECLAMACIONES NO ESTARÁ CUBIERTO SI ES ANTERIOR A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA.

ASÍ MISMO, LA SERIE DE ACTOS MÉDICOS QUE SON O ESTÁN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA, SITUACIÓN O EVENTO, SE CONSIDERARÁN UN MISMO ACTO, Y CONSTITUIRÁN UN SOLO DAÑO Y/O GASTOS LEGALES, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE RECLAMANTES Y/O RECLAMACIONES FORMULADAS. LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR DICHOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES, NO EXCEDERÁ EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

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

CUANDO EN UNA CLÁUSULA O AMPARO ADICIONAL SE ESTIPULE UN SUBLÍMITE POR PERSONA O POR EVENTO O POR VIGENCIA, TAL SUBLÍMITE SERÁ EL LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN QUE SE LE APLIQUE A DICHA COBERTURA, EL CUAL HARÁ PARTE DE LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA.

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, COSTAS, GASTOS, INTERESES Y HONORARIOS DERIVADOS DE TODOS LOS RECLAMOS A CONSECUENCIA DE DISTINTOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES Y/O EVENTOS, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; NO EXCEDERÁ DEL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

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

ARTÍCULO 6° - LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

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

DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

DE OTORGARSE EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES DESCRITO EN LA NUMERAL 1 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

- B.** PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

ARTÍCULO 7° - BASES PARA EL CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA, EL IMPORTE BASE DE LA INDEMNIZACIÓN BAJO LOS ALCANCES DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA CORRESPONDERÁ A:

- A.** LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO HAYA EFECTIVAMENTE PAGADO A TERCEROS EN VIRTUD DE UNA SENTENCIA JUDICIAL EJECUTORIADA O DE UNA TRANSACCIÓN EXPRESAMENTE AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.
- B.** EL MONTO PAGADO POR CONCEPTO DE COSTAS Y GASTOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES A QUE FUERA SENTENCIADO EL ASEGURADO EN EL MISMO JUICIO MENCIONADO EN EL LITERAL ANTERIOR.
- C.** LOS HONORARIOS Y GASTOS PAGADOS POR EL ASEGURADO A LOS ABOGADOS QUE HUBIEREN PARTICIPADO EN SU DEFENSA JUDICIAL, EN LA MEDIDA QUE LA COMPAÑÍA HAYA APROBADO LA DESIGNACIÓN DE LOS ABOGADOS Y LAS CONDICIONES DE SU CONTRATACIÓN.
- D.** LOS PAGOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS, A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, U OTROS, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA.

EL IMPORTE RESULTANTE DE LA SUMATORIA DE A, B, C Y D, INCLUYENDO LOS INTERESES LEGALES QUE CORRESPONDAN, MÁS LOS GASTOS PAGADOS DIRECTAMENTE POR LA COMPAÑÍA A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, ABOGADOS, ASESORES, U OTROS, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. CUALQUIER EXCESO SERÁ DE CARGO DEL ASEGURADO.

ARTÍCULO 8° - DEDUCIBLE

LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

ARTÍCULO 9° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE

PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

1. DAR NOTICIA A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, LA RECLAMACIÓN O LA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.
2. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA.
3. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE LA COMPAÑÍA, Y MANTENER A LA COMPAÑÍA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS, ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.
4. SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN RELATIVA A:
 - 4.1. LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO POR LAS CUALES EL ASEGURADO TUVO CONOCIMIENTO POR PRIMERA VEZ DE LA POSIBLE RECLAMACIÓN.
 - 4.2. LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS
 - 4.3. LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO
 - 4.4. LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO,
 - 4.5. LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.
5. NO ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
6. INFORMAR A LA COMPAÑÍA, DE LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACIÓN DE LA ASEGURADORA Y DE LA SUMA ASEGURADA DE LOS MISMOS. EL INCUMPLIMIENTO MALICIOSO DE LA OBLIGACIÓN DE DECLARAR SEGUROS COEXISTENTES, CONLLEVARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO CONFORME LO PRECEPTUADO EN EL ARTÍCULO 1076 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

ARTÍCULO 10° - DERECHOS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

CUANDO OCURRA UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PODRÁ:

1. COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MÉDICA Y ECONÓMICAMENTE LOS DAÑOS CORPORALES SUFRIDOS POR EL PACIENTE, PARA DETERMINAR LA CAUSA Y SECUELAS DE LOS MISMOS, PARA LO CUAL PODRÁ DESIGNAR UNO O MÁS EXPERTOS, EXAMINAR LA PRUEBA INSTRUMENTAL Y REALIZAR LAS INDAGACIONES NECESARIAS.

2. INFORMARSE DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS O JUDICIALES MOTIVADAS O RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO, O CONSTITUIRSE EN PARTE EN EL PROCESO CIVIL, PENAL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL.
3. PRACTICAR AUDITORIA MÉDICO-LEGAL DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, ASÍ COMO DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
4. BENEFICIARSE CON TODOS LOS DERECHOS, EXCEPCIONES Y ACCIONES QUE FAVOREZCAN AL ASEGURADO Y LIBERARSE DE RESPONSABILIDAD EN LA MISMA PROPORCIÓN EN QUE SE LIBERE EL ASEGURADO.

LAS FACULTADES CONFERIDAS A LA COMPAÑÍA POR ESTA CONDICIÓN PODRÁN SER EJERCIDAS POR ELLA EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS EL ASEGURADO, EL PACIENTE O SUS CAUSAHABIENTES NO HAYAN RENUNCIADO A CUALQUIER RECLAMACIÓN.

ARTÍCULO 11° – DEFENSA

LA COMPAÑÍA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL NUMERAL 3.1 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

SI LA COMPAÑÍA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBERÁ REEMBOLSAR A LA COMPAÑÍA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

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

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

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO LA COMPAÑÍA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DEL ASEGURADO, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTE EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE EL ASEGURADO PUEDA NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

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

ARTÍCULO 12° - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO QUEDARÁN PRIVADOS DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTO; SI EN APOYO DE ELLA, SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SI SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.
2. CUANDO AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO OMITEN MALICIOSAMENTE INFORMAR DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES E INTERESES ASEGURADOS.
3. CUANDO RENUNCIEN A SUS DERECHOS CONTRA LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 13° - COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE QUE EL AMPARO OTORGADO POR ESTA PÓLIZA CONCURRA CON EL OTORGADO POR OTRAS PÓLIZAS QUE AMPAREN EL MISMO RIESGO, LA COMPAÑÍA SÓLO SERÍA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN EXCESO DEL MONTO CUBIERTO POR LOS DEMÁS SEGUROS CONTRATADOS. EN EL EVENTO DE EXISTIR EN DICHAS PÓLIZAS UNA CLÁUSULA EN EL SENTIDO AQUÍ EXPRESADO, SE APLICARÁN LAS REGLAS REFERENTES A LA COEXISTENCIA DE SEGUROS, PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1.092 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CON ARREGLO A LAS CUALES, LOS DIVERSOS ASEGURADORES DEBERÁN SOPORTAR LA INDEMNIZACIÓN EN PROPORCIÓN A LA CUANTÍA DE SUS RESPECTIVOS CONTRATOS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ACTUADO DE BUENA FE.

ARTÍCULO 14° - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO O AL BENEFICIARIO CUALQUIER MONTO DEBIDO BAJO ESTA PÓLIZA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, EN UN TODO DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1077 Y 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ARTÍCULO 15° - SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1096 A 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

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

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

ARTÍCULO 16° - DISTRIBUCIÓN

EN EL EVENTO EN QUE UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, DE LUGAR A UN DAÑO CUBIERTO Y AL MISMO TIEMPO UN DAÑO NO CUBIERTO, EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA DISTRIBUIRÁN DICHO

DAÑO Y GASTOS LEGALES EN LA MISMA PROPORCIÓN EN LA QUE SE DISTRIBUYA LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE LAS PARTES.

CUALQUIER DISTRIBUCIÓN O ANTICIPO DE GASTOS LEGALES EN RELACIÓN CON UNA RECLAMACIÓN NO CREARÁ PRESUNCIÓN ALGUNA RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE OTRO DAÑO ORIGINADO POR DICHA RECLAMACIÓN.

SI EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA NO LOGRAREN LLEGAR A UN ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS GASTOS LEGALES QUE DEBEN SER DESEMBOLSADOS PARA LA ATENCIÓN DE DICHA RECLAMACIÓN, LA COMPAÑÍA SUMINISTRARÁ LOS GASTOS LEGALES QUE CONSIDERE RAZONABLEMENTE CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA HASTA QUE SE ACUERDE O SE DETERMINE UNA DISTRIBUCIÓN DIFERENTE. UNA VEZ ACORDADA O DETERMINADA LA DISTRIBUCIÓN DE GASTOS LEGALES, ESTOS SERÁN APLICADOS DE MANERA RETROACTIVA A TODOS LOS GASTOS LEGALES YA INCURRIDOS EN RELACIÓN CON DICHA RECLAMACIÓN.

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

ARTÍCULO 17° - AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

ARTÍCULO 18° - REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR LA COMPAÑÍA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL **ASEGURADO**, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE SESENTA (60) DÍAS COMUNES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA COMPAÑÍA.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA SE CALCULARÁ A PRORRATA SOBRE LA VIGENCIA EFECTIVA DEL SEGURO MÁS UN RECARGO DEL 10% DE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA Y LA ANUAL.

ARTÍCULO 19° - PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, EL TOMADOR DEBERÁ PROPORCIONAR A LA COMPAÑÍA, POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA PÓLIZA, LA SOLICITUD DE SEGURO JUNTO CON LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. CON BASE EN EL ESTUDIO DE ESTA

INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA DETERMINARÁ LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA NUEVA VIGENCIA.

ARTÍCULO 20° - FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

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

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

ARTÍCULO 21° - DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR LA COMPAÑÍA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA, LA HUBIESEN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO LA COMPAÑÍA SOLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTA CONDICIÓN NO SE APLICAN SI LA COMPAÑÍA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

ARTÍCULO 22° - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE, CONFORME AL CRITERIO CONSIGNADO EN EL INCISO PRIMERO DE LA CONDICIÓN DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL.

LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR. SI LE ES EXTRAÑA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE PREVISTOS, LA COMPAÑÍA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. PERO SÓLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

ASÍ MISMO, EL TOMADOR O EL ASEGURADO PODRÁN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO NOTIFICAR TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DISMINUYAN EL RIESGO, DEBIENDO POR TANTO LA COMPAÑÍA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA SEGUNDA LA TARIFA CORRESPONDIENTE POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

ARTÍCULO 23° - DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES, LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS POR ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SE REGISTRÁN POR LO PRESCRITO EN EL TÍTULO V DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

ARTÍCULO 24° - NOTIFICACIONES

TODA INFORMACIÓN O DECLARACIÓN QUE DEBA ENTREGAR O HACER CUALQUIERA DE LAS PARTES EN DESARROLLO DE ESTE CONTRATO DEBERÁ REALIZARSE POR ESCRITO Y SER ENVIADA A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA DE LA OTRA PARTE, SIN PERJUICIO DE LO DICHO EN EL NUMERAL 1 DEL ARTÍCULO 9° DE LA PRESENTE, EN LO QUE CONCIERNE AL AVISO DE SINIESTRO.

ARTÍCULO 25° - GARANTÍAS

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

1. QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO CONVERTIRÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.
2. QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:

2.1. APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN N°.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES O QUE LA MODIFIQUEN, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, CON LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.

2.2. IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN



PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNESIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.

- 2.3. VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL (ES) INTERVINIENTE(S).
- 2.4. MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
- 2.5. CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).
3. EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.
4. ENTREGAR A LA COMPAÑÍA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
5. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
6. COOPERAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
7. PRESTAR A LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
8. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIME NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLE TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERA.

9. PERMITIR A LA COMPAÑÍA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
10. NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
11. CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.
12. MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.
13. DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, LA COMPAÑÍA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:
- 13.1. QUE ACORDARÁN CON LA COMPAÑÍA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.
- 13.2. QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A LA COMPAÑÍA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.
- 13.3. QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.
- 13.4. QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

Términos y Definiciones

Asegurado o Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados

Son los establecimientos médicos asistenciales que prestan el servicio médico de salud, sea persona de derecho público o privado, declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en las condiciones particulares de la póliza.

Tomador o Institución Tomadora.

Es la persona jurídica que se designa en las condiciones particulares de esta póliza.

Beneficiario.

Dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Tercero.

Es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:

- Personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de
- Salud asegurados.
- Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
- Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes

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

Paciente.

Es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.

Acto médico.

Es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

Hecho Dañino.

Es el hecho generador de daños materiales o lesiones corporales.

Daño Material.

Es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

Lesión Corporal.

Es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

Reclamación:

- Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- La notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- La notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

Servicios Profesionales en la Atención de la Salud de los Pacientes

Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Pretensión Indemnizatoria.

Es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.

Fecha de Retroactividad

Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o eventos. esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y la compañía. en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.

Guerra

Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o conmoción civil, levantamiento, poder militar o usurpado.

Terrorismo

Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

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 DICHOS PREDIOS SE ENCUENTREN MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

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

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

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

1.2.3 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES 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 DESEMBOLESE BAJO ESTE AMPARO ANTES DEL FALLO O TERMINACIÓN DEL PROCESO, REDUCIRÁ EL LÍMITE ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y NO PUEDE SER INTERPRETADA COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA.

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

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

1.3.1.2 COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

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

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

1.3.1.3 COSTAS DEL PROCESO

SERÁN LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CUANDO LA SENTENCIA HAYA SIDO DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA. SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EXCEDE EL LÍMITE ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA SÓLO RESPONDERÁ POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA. EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN 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 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 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 SUJECCIÓN 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 SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS COSTOS DE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS INCURRIDOS DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS EN LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES PERSONALES CAUSADAS A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA.

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

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

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 INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS QUE SE REALICEN CON EL OBJETO DE EFECTUAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO, EXCEPTO CUANDO EXISTA AUTORIZACIÓN JUDICIAL.
- 2.10 ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.11 CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
- 2.12 DEFICIENCIA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS SIN HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA YA SEA QUE ÉSTA HAYA SIDO SUSPENDIDA, REVOCADA O QUE HAYA EXPIRADO Y NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y, USO DE EQUIPOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.13 TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.14 TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 2.6 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON

LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES QUE REGULEN LA MATERIA, CON PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO.

- 2.15 CONTAGIO DE UNA ENFERMEDAD, SALVO QUE SE TRANSMITA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA PRÁCTICA MÉDICA SIEMPRE Y CUANDO EN LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS NO TUVIERAN, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, DE QUE SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD IMPEDIRÍA A UN PROFESIONAL RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE PRESTAR SERVICIOS Y/O REALIZAR TRATAMIENTOS A SUS PACIENTES. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.
- 2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.
- 2.17 RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA.
- 2.18 FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
- 2.19 RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA ASÍ COMO DEL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
- 2.20 RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.
- 2.21 ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, ETC.
- 2.22 DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, 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
- 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 DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS

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

- 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 ADELANTE 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 ADELANTE 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.

EN CASO DE QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCIÓN DE PRIMAS NO DEVENGADAS, DICHA CIRCUNSTANCIA LE SERÁ INFORMADA AL TOMADOR.

20. PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

21. DOMICILIO

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

22. LEGISLACIÓN SUPLETORIA

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

23. REDUCCIÓN DE LA PRIMA POR DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO, EL ASEGURADOR DEBERÁ REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA, SEGÚN LA TARIFA CORRESPONDIENTE, POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

24. DEFINICIONES

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

- Clínicas, hospitales y centros de salud asegurados (institución).

Son los establecimientos médicos asistenciales declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en la carátula de la póliza.

Se consideran también asegurados los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe de cuerpo médico), o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales funciones médico-administrativas.

Son asegurados también bajo la presente póliza los miembros de comités establecidos por las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados para desarrollar labores tales como la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover la calidad de los servicios médicos prestados por la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales labores solicitadas por los comités.

- **No son asegurados bajo esta póliza** los profesionales de la salud, bien sean internos, externos, residentes, voluntarios, temporales, empleados, contratados o en relación de dependencia o no con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, por ningún acto médico que presten o dejen de prestar a cualquier paciente dentro o fuera de la institución asegurada.

- **Institución Tomadora.**

Es la persona jurídica que se designa en la carátula de esta póliza.

- **Beneficiario.**

Dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

- **Tercero.**

Es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:

- ✓ Personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- ✓ Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
- ✓ Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes
- ✓ Las personas vinculadas con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados mediante contrato de aprendizaje y/o de prestación de servicios.

- **Paciente.**

Es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.

- **Acto Médico.**

Es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

- **Hecho Dañino.**

Es el hecho generador de daños materiales o lesiones corporales.

- **Daño Material.**

Es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

- **Lesión Corporal.**

Es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

- **Reclamación: es.**

- A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- B. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de un Proceso Judicial Civil o Penal en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- C. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

- **Pretensión Indemnizatoria.**

Es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.

- **Período de retroactividad/retroactividad.**

Es el período transcurrido con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente póliza, el cual delimita la fecha en que deben haber ocurrido los actos médicos que dan origen a la reclamación para que ésta goce de cobertura bajo el presente seguro. Si los actos médicos que dan origen a la reclamación ocurren con anterioridad a la fecha límite de retroactividad prevista en esta póliza, ésta no estará cubierta por este seguro.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	25434439
NOMBRES	MANUELA
APELLIDOS	SOLIS SEGURA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	GUAPI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/06/2010	17/08/2021	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/11/2024 19:36:29	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de

2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)