

Señores,

JUZGADO PRIMERO (1º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN (C)

j01admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO Y OTROS
DEMANDADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, NUEVA EPS S.A., IPS SURCAUCANA S.A.S. Y HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA.
LL. EN GARANTÍA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y OTROS
RADICACIÓN: 19001333300120230019700

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 **JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO Y OTROS** en contra de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, NUEVA EPS S.A., IPS SURCAUCANA S.A.S.** y el **HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA**. Así mismo, **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2** 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. 1902 del cuatro (04) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024) por medio del cual se resolvió, entre otras cosas, admitir el llamamiento en garantía formulado por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa dentro del proceso del radicado fue notificado de manera personal mediante correo electrónico el día 10 de diciembre 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 en el aplicativo SAMAI denominado "030ApoderadoESECentroAseguradoraSolidaria"

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.

forma: 11, 12³⁴, 13, 16, 18 y 19 de diciembre de 2024 y 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24 y 27 de enero de 2025⁵.

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. CAPÍTULO I. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

2.1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

2.1.1. 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, solicito se tenga como una confesión realizada mediante apoderado judicial⁶, el apartado del hecho número primero que refiere que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo es **“de escasos ingresos económicos”**, circunstancia que se aparta del salario y/o ingreso base de liquidación con el cual se liquida y solicita el lucro cesante consolidado y futuro de la demanda pues, a pesar de reconocerse que la víctima directa es una persona de escasos recursos, se solicita un perjuicio material en la modalidad indicada con base en un salario de dos millones (\$2.000.000) de pesos M/Cte., salario que supera el salario mínimo legal mensual vigente al momento de contestar esta demanda y pone en una contradicción insuperable los fundamentos fácticos del libelo inicial con el acápite de pretensiones.

Además de lo anterior, una vez revisadas las pruebas obrantes dentro del expediente, se debe tener en cuenta la documental aportada en la demanda a folio 130 del documento denominado **“003Anexos.pdf”**, donde se observa que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo se encontraba afiliado al Sisbén bajo la categoría de **“Pobreza extrema”**, circunstancia que también pone en clara contradicción el perjuicio material solicitado en la demanda a título de lucro cesante consolidación y futuro:

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)

³Artículo 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.

⁵ Dentro del término conferido para contestar la demanda y el llamamiento en garantía no se contempla el 17 de diciembre de 2024 (día de la Rama Judicial) y los días comprendidos entre el 20 de diciembre de 2024 y el 10 de enero de 2025 (vacancia judicial) de conformidad con lo dispuesto en la Ley 31 de 1971 y el Decreto 2766 de 1980 - artículo 7º del Decreto 3701 de 1985.

⁶ ARTÍCULO 193. CONFESIÓN POR APODERADO JUDICIAL. La confesión por apoderado judicial valdrá cuando para hacerla haya recibido autorización de su poderdante, la cual se entiende otorgada para la demanda y las excepciones, las correspondientes contestaciones, la audiencia inicial y la audiencia del proceso verbal sumario. Cualquier estipulación en contrario se tendrá por no escrita.

Registro válido

A1

Fecha de consulta:

17/08/2023

Ficha:

1939201756450000537

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS FERNEY

Apellidos: GUERRERO ARTURO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10591661

Municipio: La Sierra

Departamento: Cauca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/06/2021

Última actualización ciudadano:

30/06/2021

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

GINA LORENA CARVAJAL MOSQUERA

Dirección:

Calle 4 No 18 - 20 Barrio Sur

Teléfono:

3137184720

Correo Electrónico:

sisben@lasierra-cauca.gov.co

Respecto de la anterior información, debe tenerse en cuenta que, según el Departamento Nacional de Planeación, el Sisbén es una:

“...encuesta que permite conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y los clasifica por su capacidad para generar ingresos y calidad de vida. Desde 1995 es el principal instrumento de focalización utilizado por las entidades de orden nacional y territorial para garantizar la eficiencia del gasto público de inversión social, es decir, el gasto social dirigido hacia la población más pobre y vulnerable del país.”

Desde su creación el Sisbén ha contado con cuatro metodologías de enfoques diferentes. En 1995, su primera versión tenía un enfoque metodológico de ingresos (inclusión productiva), y su ordenamiento era un puntaje de 0 a 100. La segunda y tercera versión en 2005 y 2011 respectivamente, en cambio, tenían un enfoque de calidad de vida (inclusión social), pero el ordenamiento por puntaje de 0 a 100 continuaba manteniéndose. La cuarta versión, implementada en 2021, consolidó los enfoques de inclusión social y productiva, y modificó el ordenamiento de puntajes a cuatro grupos, A, B, C, D, que reflejaran los niveles de pobreza del país (pobres extremos, pobres moderados, vulnerables, y ni pobres ni vulnerables).”

Como si lo anterior no fuese poco para negar el lucro cesante consolidado y futuro solicitado en la demanda, se tiene que, una vez consultada la cédula de ciudadanía del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo en la *Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, se observa que el demandante se encuentra afiliado al régimen subsidiado en salud:



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	10591661
NOMBRES	JESUS FERNEY
APELLIDOS	GUERRERO ARTURO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	LA SIERRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 01/20/2025 16:54:20 | Estación de origen: 192.168.70.220

Lo anterior demuestra que la víctima directa pertenece a un grupo poblacional vulnerable sin capacidad de pago, circunstancia que pone seriamente en duda que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo devengara lo expuesto al momento de liquidar el perjuicio material solicitado a título de lucro cesante consolidado y futuro y que, además, 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 Salud⁷:

⁷<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/regimensubsidiado.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%2>

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

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

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

2.1.2. 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.

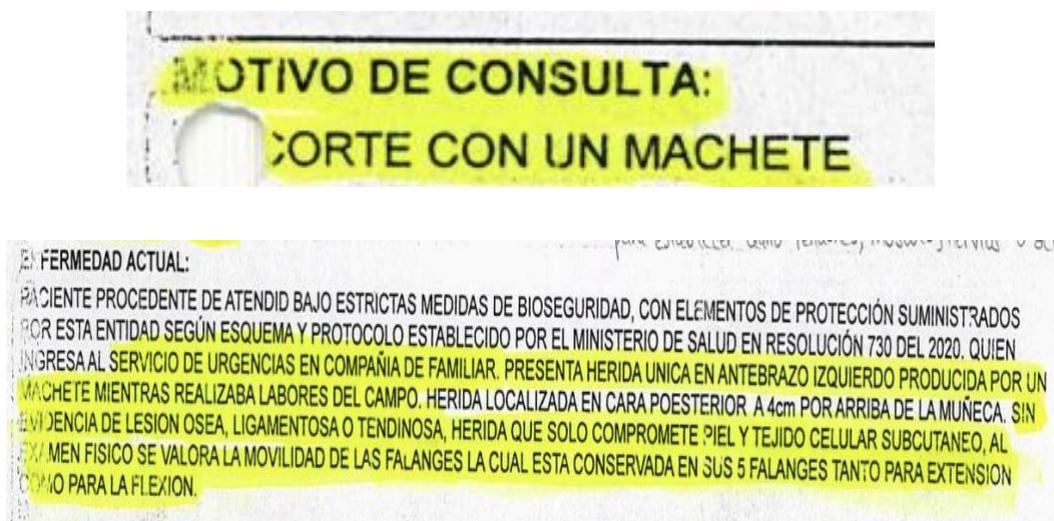
2.1.3. FRENTE AL HECHO TERCERO: No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte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

No obstante lo anterior, debe reiterarse lo expuesto al momento de contestar el hecho primero de la demanda, esto es, que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo no sólo se encontraba categorizado en el nivel A1 de “pobreza extrema” dentro del Sisbén, sino que, además, su afiliación al régimen subsidiado en salud, indica que el demandante en cuestión no tenía capacidad de pago para acceder al sistema de salud y seguridad social y por ende mucho menos ayudar económicamente a su núcleo familiar.

[0subsidiado%20es%20el,subsidio%20que%20ofrece%20el%20Estado](#)

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, en especial, la historia clínica de la atención brindada al demandante Jesús Ferney Guerrero Arturo en el punto de atención Rosas, se observa que el “*motivo de consulta*” y la descripción de la “*enfermedad actual*” dista de lo descrito en el hecho número cuatro de la demanda:



2.1.5. 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.

2.1.6. 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, revisado el expediente, se tiene, de la contestación a la demanda realizada por la Empresa Social del Estado Centro 2 E.S.E., que, de conformidad con la Resolución No. 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social se desprende, específicamente de su artículo 8º, que en los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad el triage debe ser realizado por profesionales en medicina o enfermería, circunstancia que se encuentra acorde a lo realizado en la atención brindada por dicha institución, máxime cuando por el mismo demandante se confiesa que dicho triage contó con la presencia del médico de turno en la valoración del paciente.

2.1.7. FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: No se trata de un hecho, sino que corresponde 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.”⁸*
(subrayado y negritas propias).

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes en el expediente, en especial, la historia clínica de atención brindada por la Empresa Social del Estado Centro 2 E.S.E. se evidencia que, contrario a lo afirmado por los demandantes en el hecho que se contesta, en la anotación médica de ingreso se consignó lo siguiente:

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE PROCEDENTE DE ATENDID BAJO ERICTAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SUMINISTRADOS POR ESTA ENTIDAD SEGÚN ESQUEMA Y PROTOCOLO ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD EN RESOLUCIÓN 730 DEL 2020. QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR. PRESENTA HERIDA UNICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO PRODUCIDA POR UN MACHETE MIENTRAS REALIZABA LABORES DEL CAMPO. HERIDA LOCALIZADA EN CARA POESTERIOR A 4cm POR ARRIBA DE LA MUÑECA. SIN EVIDENCIA DE LESION OSEA, LIGAMENTOSA O TENDINOSA, HERIDA QUE SOLO COMPROMETE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, AL EXAMEN FISICO SE VALORA LA MOVILIDAD DE LAS FALANGES LA CUAL ESTA CONSERVADA EN SUS 5 FALANGES TANTO PARA EXTENSION COMO PARA LA FLEXION.

Transcripción esencial: “(...) QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, PRESENTA HERIDA UNICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO PRODUCIDA POR UN MACHETE MIENTRAS REALIZABA LABORES DEL CAMPO. HERIDA LOCALIZADA EN CARA POESTERIOR (sic) A 4cm POR ARRIBA DE LA MUÑECA. **SIN EVIDENCIA DE LESION OSEA, LIGAMENTOSA O TENDINOSA, HERIDA QUE SOLO COMPROMETE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, AL EXAMEN FISICO SE VALORA LA MOVILIDAD DE LAS FALANGES LA CUAL ESTA CONSERVADA EN SUS 5 FALANGES TANTO PARA EXTENSION COMO PARA LA FLEXION**” (subrayado y negritas propias)

2.1.8. FRENTE AL HECHO OCTAVO: No se trata de un hecho, sino que corresponde a afirmaciones subjetivas realizadas por la parte demandante.

2.1.9. 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.

⁸ 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 en el expediente, en especial, la historia clínica de atención brindada por la Empresa Social del Estado Centro 2 E.S.E. se evidencia que, contrario a lo afirmado por los demandantes en el hecho que se contesta, el paciente Jesús Ferney Guerrero Arturo recibió las indicaciones de revalorar y avisar cualquier eventualidad respecto de la evolución de su lesión:

PLAN DE TRATAMIENTO, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES	
LISTA DE INDICACIONES	
Fecha Registro	Indicaciones
8/08/2021 12:22:57 p. m.	*** PLAN E INDICACIONES *** - PASAR A SALA DE PROCEDIMIENTOS - TOMAR S.V - ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA HERIDA - PREPARAR EQUIPO DE RAFIA CON EQUIPO DE CIRUGIA MENOR ESTERIL - HACER COMPRESION CON APOSITO ESTERIL IMPREGNADO CON UNA AMPOLLA DE EPINEFRINA 1mg PARA AGILIZAR HEMOSTASIA - RAFIA CON SUTURA CROMICO 3-0 - LIMPIAR HERIDA Y CUBRIR CON APOSITOS ESTERILES - DICLOFENACO AMP 75mg IM AHORA - TOXOIDE ANTITETANICA AMP - REVALORAR - AVISAR EVENTUALIDAD

Registro: 543956
Especialidad: MEDICO GENERAL
Profesional: LEONARD JESUS RAMIREZ BARRIOS
Firma del profesional

Además de lo anterior, debe tenerse en cuenta lo afirmado por el apoderado de la Empresa Social del Estado Centro 2 E.S.E., respecto el incumplimiento del paciente Jesús Ferney Guerrero Arturo respecto del plan de curaciones diarias por una (1) semana a las cuales el paciente no asistió y como en la historia clínica del paciente no se observa en ningún apartado en relación al motivo de consulta ni de la evolución de la enfermedad que existiera un relato respecto a la movilidad de su mano o dedos, dejándose en claro que en el examen físico consignado en dicha atención se observa que el paciente conserva la movilidad en todas sus falanges.

2.1.10. 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.

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes en el expediente, en especial, la historia clínica de atención brindada por la Empresa Social del Estado Centro 2 E.S.E. se evidencia que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo acudió el 22 de septiembre de 2021 ante dicha institución hospitalaria con arcos de movilidad conservados, movimientos conservados y movimientos activos y pasivos no dolorosos:

Transcripción esencial: "EXAMEN FÍSICO

(...)

EXTREMIDADES: AMPUTACION DE 5TA (sic) FALANGE (sic) DE MANO DERECHA, RESTO DE ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, SIMÉTRICAS, NO PRESENCIA DE EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG, PULSOS DISTALES PRESENTES Y SIMÉTRICOS, PRESENCIA DE CICATRIZ EN TERCIO DISTA DE ANTEBRAZO (sic)

IZQUIERDO DE 4CM HIPOCROMICA, SE PALPA SENSACION (sic) DE FIBROSIS EN LA MISMA, **SENSIBILIDAD CONCERVADA** (sic), **MOVIMIENTOS ACTIVOS Y PASIVOS NO DOLOROSOS, IMPRESIONA DISMINUCION DE FUERZA DE PREHENSION EN MANO IZQUIERDA. (...) MOVIMIENTOS CONCERVADOS (...)**” (subrayado y negritas propias).

EXAMEN FÍSICO
SE REVISÓ PACIENTE CUMPLIENDO EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN DE PANDEMIA POR SARS-COV 2.***

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, FÁCIAS COMPUESTA
CABEZA: NORMOCÉFALA, SIN PRESENCIA DE LESIONES, MASAS PALPABLES O PUNTOS DOLOROSOS.
OJOS: PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREACTIVAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS Y HUMEDAS.
OÍDOS: SIN PRESENCIA DE LESIONES, SIMÉTRICO, EXPANSIBILIDAD CONCERVADA, SIN TIRAJES NI RETRACCIONES, PULMONES MURMULLO
CORAZÓN: SIN PRESENCIA DE LESIONES, SIMÉTRICO, NO SE AUSCULTAN SOBREGREGADOS.
ABDOMEN: SIN PRESENCIA DE LESIONES, ABUNDANTE PÁNICO LO ADIPOSITO, TIMPÁNICO, PERISTALTISMO PRESENTE, BLANDO, IMPRESIONA DISMINUCION DE FUERZA DE PREHENSION EN MANO IZQUIERDA.
PIEL: SIN LESIONES, EUTERMICA, NORMOELASTICA, NORMOCROMICA.
NEUROLÓGICO: ALERTA, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE, FUERZA 5/5 ROT +++/++++ EN TODAS LAS EXTREMIDADES.

HISTORIA CLÍNICA DIGITAL
HISTORIA CLÍNICA DE: JESUS FERNEY GUERRERO ARTURO ID. 10591661 IMPRESA POR: MILDALIA ROJAS Page 1 of 1
22/09/2021 12:00:59 p. m.

IRRITACIÓN PERITONEAL. 4
EXAMEN UROLOGICO: NO SE REALIZA 8
EXTREMIDADES: AMPUTACION DESTA FALANGE DE MANO DERECHA. RESTO ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, SIMÉTRICAS, NO PRESENCIA DE EDEMAS. LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG, PULSOS DISTALES PRESENTES Y SIMÉTRICOS, PRESENCIA DE CICATRIZ EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO DE 4CM HIPOCROMICA, SE PALPA SENSACION DE FIBROSIS EN LA MISMA, SENSIBILIDAD CONCERVADA, MOVIMIENTO ACTIVOS Y PASIVOS NO DOLOROSOS, IMPRESIONA DISMINUCION DE FUERZA DE PREHENSION EN MANO IZQUIERDA.
TRAUMA CORTANTE, QUE EN SU MOMENTO ASISTIO A URGENCIAS Y NO SE ENCONTRO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, AHORA CONSULTA POR PRESENTAR SENSACION DE PARESTESIAS, ALODINIA, Y DISMINUCION DE FUERZA, REFEIERE QUE SE LE CAEN LOS OBJETOS DE LAS MANOS, AL EXAME FISICO DISMINUCION DE FUERZA DE PREHENSION DE LA MANO IZQUIERDA, IMPRESIONA AREA DE HIPOESTESIA EN CARA DORSAL DE PRIMER FALANGE, MOVIMIENTOS CONCERVADOS, AMERITA VALORACION POR PARTE DE FISIATRIA PARA EVALUAR PROBABLE AFECTACION NERVIOSA QUE EXPLIQUE ESTOS HALLAZGOS, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE RESUELVEN DUDAS. SE ENVIA TOMA DE PARACLINICOS EN BUSQUEEDA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ANTE ANTECEDENTES DEL PACIENTE.

2.1.11. 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.

No obstante lo anterior, como lo menciona el apoderado de la Empresa Social del Estado Centro 2 E.S.E. al momento de contestar la demanda, no se evidencia en ningún apartado de la historia clínica del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo que los procedimientos realizados por medicina general hubiesen sido erróneos, así como tampoco existe prueba de que el paciente, ahora demandante, hubiera agotado todas las órdenes médicas impartidas por el médico general de la E.S.E. Centro 2.

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, en especial, la historia clínica de la atención brindada al señor Jesús Ferney Guerrero Arturo en la Clínica de Fracturas, se observa que, contrario a lo descrito en los hechos de la demanda, el paciente siempre se encontraba sin dolor y con una sensibilidad normal:

10591661] JESUS FERNEY GUERRERO ARTURO <https://www.aeesips.com/fracturas/aees-salud/vistas/modulos/historia...>

NT: 900291155-5 - CLINICA DE FRACTURAS D.L. CAUCA SAS
CL 16 N # 6 - 16 BRR EL RECUERDO
Telefono(s): 8367484 POPAYAN (CAUCA)

Tipo Id	HistoriaId	Nombre	Direccion	Telefono	Sexo
CC	10591661	JESUS FERNEY GUERRERO ARTURO	VIEDELA SAN LORENZO LA SIERRA CAUCA	3176206642	M
Fec. Nec.	Edad	Eps	Regimen	Afiliado	Categoria
1965-12-01	55 AÑOS	PROTEGEMOS	OTRO	OTRO	N

Historia Clínica

Profesional: Ana Maria Fernandez Vargas Fecha: 2021-10-04 Hora: 16:48 Registro: 196793 2011

Cups: [800280] CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Finalidad de consulta: NO APLICA Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

MOTIVO DE CONSULTA
ME CORTARON CON UN MACHETE *Particular*

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE QUIEN EL 18/08/2021 SUFRIÓ HERIDA POR ARMA CORTOCONTUNDENTE EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, MANEJADO EN NIVEL 1 EN ROSAS CAUCA, CONSULTA POR LIMITACION PARA LA EXTENSION

REVISION POR SISTEMAS
GENERAL: NIEGA

EXAMEN FISICO
GENERAL: INGRESA DEAMBULANDO POR SUS MEDIOS, NO LUCE ALGICO

MUSCULO ESQUELETICO: MANO IZQUIERDA: HERIDA TRANSVERSA EN DEVIACION RADIAL DE MUÑECA IZQUIERDA CON LIMITACION PARA EXTENSION DE LA MUÑECA CON DESVIACION RADIAL SENSIBILIDAD NORMAL

PARACLINICOS: NO TRAE

ANALISIS Y RESUMEN: PACIENTE CON TRAUMA EN MUÑECA IZQUIERDA, HERIDA CORTOCONTUNDENTE, REQUIERE EXPLORACION Y TENORRAFIA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR, QUE POR TIEMPO DE EVOLUCION FUDIERA PRESENTAR COMO SECUELA LIMITACION PARA GANANCO A DEL 100% DE EXTENSION DE LA MUÑECA

DIAGNOSTICOS
DESCRIPCION (S867) TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS EXTENSORES A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO TIPO ?
DIAGNOSTICA IMPRESION

PLAN DE MANEJO: REQUIERE MANEJO QUIRURGICO POR URGENCIAS PARA EXPLORACION Y TENORRAFIA TERMINOTERMIAL EN INVERTO TENINOSO AUTOLOGO, ASISTIR POR URGENCIAS HSLV JUEVES 7 6 AM, POR FAVOR SOLICITAR LIC POR ORTOPEdia- CX DE MANO DRA FERNANDEZ

EDUCACION: NO

Profesional: Ana Maria Fernandez Vargas Registro: 196793 2011 Fecha: 2021-10-04 Hora: 16:48

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

No obstante lo anterior, revisadas las pruebas documentales obrantes dentro del expediente, se observa historia clínica de atención del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo para el 07 de octubre de 2021 en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. de la siguiente forma:

		Historia Clínica Urgencias		SLV-GC-03-F08-V14 HC0076
FOLIO: 20		Fecha de Registro: 7/10/2021 6:42:30 a.m.		Ingreso: 1586778
Area de Servicio: URGENCIAS - PROCEDIMIENTOS		N° Historia Clínica: 10591661		13/02/2024 10:45
Motivo de Consulta				
TUVE UN CORTE EL 18/08/2021 Y ME CITARON PARA HOY				
Enfermedad Actual				
PACIENTE QUIEN REFIERE HERIDA EL 18/08/2021 CON MACHETE, POR LO QUE CONSULTO A NIVEL 1 DE ROSAS, DONDE LE REALIZARON SUTURA, POSTERIORMENTE PRESENTA DOLOR Y CAMBIOS DISTROFICOS EN MANO IZQUIERDA, RAZON POR LA QUE ASISTE A CONSULTA CON ORTOPEdia QUIEN CONSIDERA QUE REQUIERE EXPLORACION DEL AREA Y TENORRAFIA TERMINOTERMIAL RAZON POR LA CUAL ASISTE AL SERVICIO DE URGENCIAS, POR PANDEMIA SE INTERROGA SOBRE FIEBRE, DISNEA, ODINOFAGIA, TOS, SINTOMAS GRIPALES, CONTACTO CON EXTRANJEROS LO CUAL REFIERE SER TODO NEGATIVO				
Aislamiento Indicado: NINGUNO				
Revisión por Sistema:				
Examen Físico				
Signos Vitales				
TA: 128 / 86	FC: 71	FR: 20	T°: 36.50	Glucometría: No .00
Peso: 62.00 Kgs	Talla: 168.00	IMC: .00	Paciente con Dolor? Si	EAD: 4
Estado General: BUENAS CONDICIONES, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN AYUDA				
Observación				
Cabeza y Cuello:	NORMOCEFALO, SIN LESIONES, SIN DOLOR MOVIL, NO DOLOROSO, NO ADENOPATIAS.			
Ojos:	SIMETRICOS, PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS.			
Otorrino:	HUMEDAS ROSADAS FARINGE SIN EXUDADOS, OTOSCOPIA NORMAL			
Cara:	SIN LESIONES			
Tórax:	SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA			
Pulmonar:	MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO AUSCULTO SOBREGREGADOS.			
Corazón:	RITMICO, SIN SOPLOS.			
Abdomen:	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO NORMAL, NO VISCEROMEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE REACCION PERITONEAL			
Genitourinario:	DIURESIS ESPONTANEA, PPL NEGATIVA.			

- 2.1.14. 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.
- 2.1.15. 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.
- 2.1.16. 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.
- 2.1.17. 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.
- 2.1.18. 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.
- 2.1.19. 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.
- 2.1.20. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO:** 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.
- 2.1.21. 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.

- 2.1.22. 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.
- 2.1.23. 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.
- 2.1.24. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO 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.
- 2.1.25. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO QUINTO:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.
- 2.1.26. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO:** No le consta a mi procurada por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios. De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso y del artículo 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le incumbe a la parte actora probar el supuesto de hecho que alega.

2.2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DE PRETENSIONES

- 2.2.1. A LA PRETENSIÓN PRIMERA (DECLARATIVA):** Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente a la declaratoria de responsabilidad administrativa y patrimonial pretendida por los actores, 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 médica 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 CENTRO 2 prestó de manera adecuada, oportuna y conforme a la *lex artis ad hoc* todos los servicios médicos al señor Jesús Ferney Guerrero Arturo, 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 CENTRO 2 actuó de forma diligente y cuidadosa, no existiendo nexo de causalidad alguno entre el actuar de la Empresa Social del Estado en cuestión y la evolución de la lesión del paciente – ahora demandante –.

2.2.2. A LA PRETENSIÓN SEGUNDA (PERJUICIO MORAL JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO): Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados en la demanda en favor del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo (en calidad de víctima directa) 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 CENTRO 2; **segundo**, porque los perjuicios morales solicitados se encuentran tasados de forma excesiva y sin sustento alguno mediante una prueba pericial que permita colegir cuál fue la gravedad de la lesión sufrida por la víctima directa; **tercero**, porque las cuantías solicitadas en favor del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo 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, máxime cuando la reparación del daño moral en caso de lesiones contempla un baremo máximo de 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes únicamente para la víctima directa cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%, circunstancia que no se ha acreditado de ninguna forma.

2.2.3. A LA PRETENSIÓN TERCERA (PERJUICIO MORAL AIDE VELASCO): Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados en la demanda en favor de la señora Aide Velasco (en calidad de esposa de la víctima directa) 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 CENTRO 2; **segundo**, porque los perjuicios morales solicitados se encuentran tasados de forma excesiva y sin sustento alguno mediante una prueba pericial que permita colegir cuál fue la gravedad de la lesión sufrida por la víctima directa; **tercero**, porque las cuantías solicitadas en favor de la señora Aide Velasco 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, máxime cuando la reparación del daño moral en caso de lesiones contempla un baremo máximo de 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes únicamente para las relaciones conyugales cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%, circunstancia que no se ha acreditado de ninguna forma.

2.2.4. A LA PRETENSIÓN CUARTA (PERJUICIO MORAL HERCILIA LEDEZMA VELASCO): Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados en la demanda en favor de la señora Hercilia Ledezma Velasco (en calidad de hijastra de la víctima directa) 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 CENTRO 2; **segundo**, porque los perjuicios morales solicitados se encuentran tasados de forma excesiva y sin sustento alguno mediante una prueba pericial que permita colegir cuál fue la gravedad de la lesión sufrida por la víctima directa; **tercero**, porque la señora Hercilia Ledezma Velasco no ha probado la relación afectiva entre ella y la víctima directa (Jesús Ferney Guerrero Arturo), según lo establece la jurisprudencia del Consejo de Estado desde

el 28 de agosto de 2024; y **cuarto**, porque las cuantías solicitadas en favor de la señora Herculía Ledezma Velasco 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, máxime cuando la reparación del daño moral en caso de lesiones contempla un baremo máximo de 15 salarios mínimos mensuales legales vigentes únicamente para las Relaciones afectivas no familiares -terceros damnificados cuando la gravedad de la lesión sea Igual o superior al 50%, circunstancia que no se ha acreditado de ninguna forma.

2.2.5. A LA PRETENSIÓN QUINTA (PERJUICIO MORAL DIVI GUERRERO VELASCO):

Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados en la demanda en favor de la señora Divi Guerrero Velasco (en calidad de hijastra de la víctima directa) 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 CENTRO 2; **segundo**, porque los perjuicios morales solicitados se encuentran tasados de forma excesiva y sin sustento alguno mediante una prueba pericial que permita colegir cuál fue la gravedad de la lesión sufrida por la víctima directa; **tercero**, porque la señora Divi Guerrero Velasco no ha probado la relación afectiva entre ella y la víctima directa (Jesús Ferney Guerrero Arturo), según lo establece la jurisprudencia del Consejo de Estado desde el 28 de agosto de 2024; y **cuarto**, porque las cuantías solicitadas en favor de la señora Divi Guerrero Velasco 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, máxime cuando la reparación del daño moral en caso de lesiones contempla un baremo máximo de 15 salarios mínimos mensuales legales vigentes únicamente para las Relaciones afectivas no familiares -terceros damnificados cuando la gravedad de la lesión sea Igual o superior al 50%, circunstancia que no se ha acreditado de ninguna forma.

2.2.6. A LA PRETENSIÓN SEXTA (PERJUICIO MORAL MARCOS FIDEL GUERRERO VELASCO):

Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados en la demanda en favor del señor Marcos Fidel Guerrero Velasco (en calidad de hijastro de la víctima directa) 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 CENTRO 2; **segundo**, porque los perjuicios morales solicitados se encuentran tasados de forma excesiva y sin sustento alguno mediante una prueba pericial que permita colegir cuál fue la gravedad de la lesión sufrida por la víctima directa; **tercero**, porque el señor Marcos Fidel Guerrero Velasco no ha probado la relación afectiva entre él y la víctima directa (Jesús Ferney Guerrero Arturo), según lo establece la jurisprudencia del Consejo de Estado desde el 28 de agosto de 2024; y **cuarto**, porque las cuantías solicitadas en favor del señor Marcos Fidel Guerrero Velasco 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, máxime cuando la reparación del daño moral en caso de lesiones contempla un baremo máximo de 15 salarios mínimos mensuales legales vigentes únicamente para las

Relaciones afectivas no familiares -terceros damnificados cuando la gravedad de la lesión sea Igual o superior al 50%, circunstancia que no se ha acreditado de ninguna forma.

2.2.7. A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA (PERJUICIO MORAL HOLMES IVAN GUERRERO ARTURO): Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados en la demanda en favor del señor Holmes Iván Guerrero Arturo (en calidad de hermano de la víctima directa) 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 CENTRO 2; **segundo**, porque los perjuicios morales solicitados se encuentran tasados de forma excesiva y sin sustento alguno mediante una prueba pericial que permita colegir cuál fue la gravedad de la lesión sufrida por la víctima directa; **tercero**, porque las cuantías solicitadas en favor del señor Holmes Iván Guerrero Arturo 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, máxime cuando la reparación del daño moral en caso de lesiones contempla un baremo máximo de 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes únicamente para la *Relación afectiva del 2o de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)* cuando la gravedad de la lesión sea Igual o superior al 50%, circunstancia que no se ha acreditado de ninguna forma.

2.2.8. A LA PRETENSIÓN OCTAVA (PERJUICIO MORAL AURA EMILIA GARCÉS HIDALGO): Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados en la demanda en favor de la señora Aura Emilia Garcés Hidalgo (en calidad de cuñada de la víctima directa) 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 CENTRO 2; **segundo**, porque los perjuicios morales solicitados se encuentran tasados de forma excesiva y sin sustento alguno mediante una prueba pericial que permita colegir cuál fue la gravedad de la lesión sufrida por la víctima directa; **tercero**, porque la señora Aura Emilia Garcés Hidalgo no ha probado la relación afectiva entre ella y la víctima directa (Jesús Ferney Guerrero Arturo), según lo establece la jurisprudencia del Consejo de Estado desde el 28 de agosto de 2024; y **cuarto**, porque las cuantías solicitadas en favor de la señora Aura Emilia Garcés Hidalgo 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, máxime cuando la reparación del daño moral en caso de lesiones contempla un baremo máximo de 15 salarios mínimos mensuales legales vigentes únicamente para las Relaciones afectivas no familiares -terceros damnificados cuando la gravedad de la lesión sea Igual o superior al 50%, circunstancia que no se ha acreditado de ninguna forma.

2.2.9. A LA PRETENSIÓN NOVENA (PERJUICIO MORAL HADER ALBERTO GUERRERO ARTURO): Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago de perjuicios y/o daños morales solicitados en la demanda en favor del señor Hader Alberto Guerrero Arturo (en calidad de hermano de la víctima directa) 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 CENTRO 2; **segundo**, porque los perjuicios morales solicitados se encuentran tasados de forma excesiva y sin sustento alguno mediante una prueba pericial que permita colegir cuál fue la gravedad de la lesión sufrida por la víctima directa; **tercero**, porque las cuantías solicitadas en favor del señor Hader Alberto Guerrero Arturo 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, máxime cuando la reparación del daño moral en caso de lesiones contempla un baremo máximo de 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes únicamente para la *Relación afectiva del 2o de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)* cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%, circunstancia que no se ha acreditado de ninguna forma.

2.2.10. A LA PRETENSIÓN DÉCIMA (LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO): Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente al reconocimiento y pago del lucro cesante consolidado y futuro solicitado en favor del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo pues, ha quedado probado, a través de la confesión mediante apoderado judicial⁹ que se realizó en los hechos de la demanda, que la víctima directa se encuentra en condición de *“pobreza extrema”* y es de *“escasos recursos económicos”* por lo que luce un desatino reconocer el perjuicio material solicitado en desmedro de los elementos esenciales del daño, especialmente respecto de su certidumbre, cuando se ha confesado por la parte demandante que el lesionado directo no cuenta con ningún ingreso económico. En ese sentido, se ha pronunciado, por ejemplo, el H. Consejo de Estado en sentencia del 18 de julio de 2019¹⁰ cuando dijo lo siguiente:

“...se puede incurrir – a no dudarlo – en el desatino de indemnizar un perjuicio inexistente, incierto o eventual, lo cual sucede – por ejemplo – si el afectado, pese a encontrarse en una “edad productiva”, es improductivo, porque por un acto volitivo decide no trabajar y depender de los ingresos que le proporcionan otros, evento en el cual no hay un perjuicio material cierto e indemnizable.

(...)”.

Además de lo anterior, la oposición al perjuicio material solicitado en la demanda a título de lucro cesante consolidado y futuro en favor del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo se funda en la errónea liquidación del mismo, pues se liquida con fundamento en un salario e ingreso base de liquidación que no corresponde a la situación de *“pobreza extrema”* del demandante y se realizan sumas por concepto de prestaciones sociales cuando lo cierto es que la víctima directa no ha acreditado ser un trabajador dependiente bajo un contrato de naturaleza laboral, todo ello desconociendo las reglas que sobre el particular ha fijado el alto tribunal de lo contencioso administrativo.

⁹ ARTÍCULO 193. CONFESIÓN POR APODERADO JUDICIAL. La confesión por apoderado judicial valdrá cuando para hacerla haya recibido autorización de su poderdante, la cual se entiende otorgada para la demanda y las excepciones, las correspondientes contestaciones, la audiencia inicial y la audiencia del proceso verbal sumario. Cualquier estipulación en contrario se tendrá por no escrita.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejero Ponente Carlos Alberto Zambrano Barrera, Expediente 44572, sentencia 18 de julio de 2019.

2.2.11.A LA PRETENSIÓN DÉCIMA (INDEXACIÓN E INTERESES MORATORIOS):

Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** rotundamente a la orden solicitada frente a la cancelación de una supuesta condena con sus correspondientes intereses moratorios, así como su indexación, como consecuencia del fracaso de todas las pretensiones de la demanda que dio origen al presente litigio.

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 patrimonial del 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 CENTRO 2 en la atención del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo, 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.

2.3. 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:

2.3.1. DE FONDO O MÉRITO

2.3.1.1. CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA – INCUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES A CARGO DEL PACIENTE JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO

Las pretensiones de la demanda se encuentran condenadas al fracaso pues se tiene que existe una causa determinante que rompe todo nexo de causalidad entre las demandadas y el supuesto daño que dicen haber sufrido los demandantes y es la conducta con la que actuó el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo al no cumplir con las ordenes médicas indicadas por los facultativos adscritos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, circunstancia que representa un incumplimiento de los deberes a cargo del paciente y por ende la asunción de los efectos adversos de su conducta imprudente.

Para sustentar la excepción que ahora se propone, debe tenerse en cuenta que en la relación médico – paciente, el facultativo no es el único que asume obligaciones y deberes, pues lo cierto es que el paciente siempre tendrá el deber de cooperar respecto del tratamiento recomendado.

Sobre el particular, el profesor Carlos Ignacio Jaramillo comenta lo siguiente:

“Deber 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 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.”¹¹

Visto lo anterior y dada la importancia que tiene el deber de cooperación respecto del paciente para el correcto tratamiento de las patologías y enfermedades que lo aquejan, debe tenerse en cuenta que, para el caso en concreto, al paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo se le ordenó una serie de curaciones en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, ordenes que – a juicio de dicha demandada – el actor no cumplió pues acudió al centro de salud en cuestión cuando ya había transcurrido un tiempo considerable, según se puede extractar de la contestación a la demanda realizada por la empresa social del Estado citada.

En la historia clínica de la atención brindada ante la Empresa Social del Estado ESE Centro 2, se observa el siguiente plan de tratamiento, cuidado y recomendaciones:

¹¹ Jaramillo Jaramillo, C. I. (2011). Responsabilidad civil médica. La relación médico-paciente (Segunda ed.). Grupo Editorial Ibañez - Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 304-306.

PLAN DE TRATAMIENTO, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES	
LISTA DE INDICACIONES	
Fecha Registro	Indicaciones
08/08/2021 12:22:57 p. m.	*** PLAN E INDICACIONES *** - PASAR A SALA DE PROCEDIMIENTOS - TOMAR S.V - ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA HERIDA - PREPARAR EQUIPO DE RAFIA CON EQUIPO DE CIRUGIA MENOR ESTERIL - HACER COMPRESION CON APOSITO ESTERIL IMPREGNADO CON UNA AMPOLLA DE EPINEFRINA 1mg PARA AGILIZAR HEMOSTASIA - RAFIA CON SUTURA CROMICO 3-0 - LIMPIAR HERIDA Y CUBRIR CON APOSITOS ESTERILES - DICLOFENACO AMP 75mg IM AHORA - TOXOIDE ANTITETANICA AMP - REVALORAR - AVISAR EVENTUALIDAD

Registro: 543956 Profesional: LEONARD JESUS RAMIREZ BARRIOS Firma del profesional
Especialidad: MEDICO GENERAL

En esa medida se tiene que el incumplimiento de las ordenes prescritas por parte del paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo pudo desencadenar una serie de efectos adversos que no fueron observados a tiempo debido a la misma imprudencia y negligencia con la que actuó el señor Guerrero Arturo, pues un cumplimiento estricto de las recomendaciones hubiese generado un efecto distinto.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda, pues lo cierto es que el daño *sub judice* tiene su génesis en el incumplimiento del deber de cooperación respecto del tratamiento que se le recomendó al paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo.

2.3.1.2. 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 al paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo 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 2021¹²:

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

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

Para acreditar la falla y el nexo causal, el demandante puede acudir a todos los medios de prueba, pero en materia médica cobra especial importancia el dictamen pericial y los indicios, los que, a su vez, pueden establecerse a partir de conductas procesales de las partes, como no aportar la historia clínica o hacerlo de forma incompleta, en los términos del artículo 249 CPC. No obstante, la existencia de indicios no es suficiente por sí misma para estructurar los elementos de la responsabilidad. Es necesario que estos sean coherentes con el resto del acervo probatorio, luego de una valoración bajo los criterios de la sana crítica y las reglas de la experiencia¹³.” (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

¹² 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

¹³ 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/3qijduK>.

enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento”¹⁴.

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.

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 y que no prueban de ninguna forma por qué – a juicio de los demandantes – el diagnóstico del paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo fuese 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.

Frente a tal desatención probatoria por parte de los demandantes, debe tenerse presente que en procesos como el de marras surge 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.

¹⁴ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. n°. 19.846 [fundamento jurídico 2.2].

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.”¹⁵

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 CENTRO 2, solicito respetuosamente se declare probada la excepción propuesta y en consecuencia se nieguen todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

2.3.1.3. LA ACTIVIDAD MÉDICA COMPORTA OBLIGACIONES DE MEDIOS MÁS NO DE RESULTADOS – LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 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 CENTRO 2 era de medios más no de resultados, máxime si se tiene en cuenta que la institución hospitalaria actuó de manera diligente y cuidadosa, aplicando la *lex artis ad hoc* para el caso en concreto, circunstancia que deberá ser tenida en cuenta para negar las pretensiones de la demanda respecto de dicha 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*

¹⁵ Parra Quijano, J. (2007). MANUAL DE DERECHO PROBATORIO (Décima sexta ed.). Librería Ediciones del Profesional LTDA. Págs. 249 a 250.

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* (...)¹⁶ (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 decir, que este cumple a cabalidad y no compromete su responsabilidad ni la del ente a que pertenece, cuando pone a disposición de aquél toda su ciencia y los medios adecuados, aconsejables y oportunos que la infraestructura del servicio debe poseer.** (Proceso No. 6367 Actor: Fabio Buriticá Valencia Ponente: Carlos Betancur Jaramillo).”¹⁷ (énfasis añadido).*

¹⁶ Jaramillo Jaramillo, C. I. (2011). Responsabilidad civil médica. La relación médico-paciente (Segunda ed.). Grupo Editorial Ibañez - Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 321-323.

¹⁷ 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.

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**^{18, 19}” (énfasis añadido).*

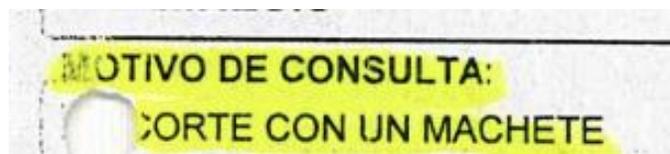
Y en sentencias como la del 9 de julio de 2018, donde el H. Consejo de Estado recordó lo siguiente:

*“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 (...)**²⁰, 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.²¹” (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 del paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo, se observa que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 actuó de manera diligente y le brindó toda la atención y servicios necesarios. La atención fue la siguiente:

Inicialmente el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo es atendido en las instalaciones de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 el día 18 de agosto de 2021 bajo el siguiente motivo de consulta y con la siguiente descripción de “*enfermedad actual*”:



¹⁸ 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.

¹⁹ 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).

²⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sbsección C. Sentencia de 10 de noviembre de 2016. Exp. 33.817

²¹ 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)

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE PROCEDENTE DE ATENDID BAJE E STRICTAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SUMINISTRADOS POR ESTA ENTIDAD SEGÚN ESQUEMA Y PROTOCOLO ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD EN RESOLUCIÓN 730 DEL 2020. QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR. PRESENTA HERIDA UNICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO PRODUCIDA POR UN MACHETE MIENTRAS REALIZABA LABORES DEL CAMPO. HERIDA LOCALIZADA EN CARA POESTERIOR A 4cm POR ARRIBA DE LA MUÑECA. SIN EVIDENCIA DE LESION OSEA, LIGAMENTOSA O TENDINOSA, HERIDA QUE SOLO COMPROMETE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, AL EXAMEN FISICO SE VALORA LA MOVILIDAD DE LAS FALANGES LA CUAL ESTA CONSERVADA EN SUS 5 FALANGES TANTO PARA EXTENSION COMO PARA LA FLEXION.

Frente a tal diagnóstico, los profesionales adscritos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 de manera diligente y cuidadosa plantean las siguientes indicaciones y ordenes médicas:

“PLAN E INDICACIONES

PASAR SALA DE PROCEDIMIENTOS

SEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA HERIDA

PREPARAR EQUIPO DE RAFIA CON EQUIPO DE CIRUGIA MENOR ESTERIL

HACER COMPRESIÓN CON APOSITO ESTERIL IMPREGNADO CON UNA

AMPOLLA DE EPINERFINA 1mg PARA AGILIZAR HEMOSTASIA

RAFA CON SUTURA CROMICO 3-0

LIMPIAR HERIDA Y CUBRIR CON APOSITOS ESTERILES

CLOFENACO AMP 75mg IM AHORA

(...)XOIDE ANTITETANICA AMP

REVALORAR

AVISAR EVENTUALIDAD”

De igual forma, debe notarse que, contrario a las indicaciones impartidas en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, especialmente aquellas sobre la revaloración y el aviso de eventualidades, el paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo consultó de nuevo en las instalaciones de la demandada para el 22 de septiembre de 2021, es decir, aproximadamente un mes después de la atención inicial, incumpliendo – como lo mencionara el apoderad de dicha ESE al momento de contestar la demanda – con las ordenes de curación que se le habían ordenado. La atención del 22 de septiembre tiene el siguiente motivo de consulta y descripción de enfermedad actual:

MOTIVO DE CONSULTA:
"NO PUEDO MOVER BIEN LA MANO"
ENFERMEDAD ACTUAL:
*** ENFERMEDAD ACTUAL.
PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE A CONSULTA MANIFESTANDO DOLOR EN TERCIO DISTL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO ASOCIADO A SENSACION DE DISMINUCION DE FUERZA DE LA MANO IPSILATERAL, CON ANTECEDENTE DE TRAUMA CORTANTE EL DIA 18/08/21 QUE REQUIRIO SUTURA EN URGENCIAS. NIEGA CEFALEA, VERTIGO O PRECORDIALGIA, NIEGA SINTOMATOLOGIA GASTROINTESTINAL O URINARIA
PACIENTE NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS, FIEBRE, DISNEA, DIARREA, ODINOFAGIA O CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO PARA COVID- 19.

En dicha atención se realizó un examen físico del paciente que arrojó los siguientes resultados:

IRRITACIÓN PERITONEAL. 4
GENITOURINARIO: NO SE REALIZA 8
EXTREMIDADES: AMPUTACION DE 5ª FALANGE DE MANO DERECHA. RESTO ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, SIMÉTRICAS, NO PRESENCIA DE EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG, PULSOS DISTALES PRESENTES Y SIMÉTRICOS, PRESENCIA DE CICATRIZ EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO DE 4CM HIPOCROMICA, SE PALPA SENSACION DE FIBROSIS EN LA MISMA, SENSIBILIDAD CONSERVADA, MOVIMIENTO ACTIVOS Y PASIVOS NO DOLOROSOS, IMPRESIONA DISMINUCION DE FUERZA DE PREHENSION EN MANO IZQUIERDA.
PIEL: SIN LESIONES, EUTERMICA, NORMOELASTICA, NORMOCROMICA.
NEUROLÓGICO: ALERTA, SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE, FUERZA 5/5 ROT +++/++++ EN TODAS LAS EXTREMIDADES.
PACIENTA MASCULINO DE 55 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DESCRITOS, REFIERE RECIENTES VALORACIONES POR PARTE DE OFTALMOLOGIA, VENIA EN CONTROL POR PARTE DE UROLOGIA, HACE 1 AÑO, AHORA REFIERE ESTAR EN BUENAS CNDICIONES GENERALES, SOLO REFIERE PROBLEMAS RELACIONADOS CON SECUELAS DE TRAUMA EN PARTE DISTAL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO REGION DORSAL, POR TRAUMA CORTANTE, QUE EN SU MOMENTO ASISTIO A URGNCIAS Y NO SE ENCONTRO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, AHORA CONSULTA POR PRESENTAR SENSACION DE PARESTESIAS, ALODINIA, Y DISMINUCION DE FUERZA, REFEIERE QUE SE LE CAEN LOS OBJETOS DE LAS MANOS, AL EXAME FISICO DISMINUCION DE FUERZA DE PREHENSION DE LA MANO IZQUIERDA, IMPRESIONA AREA DE HIPOESTESIA EN CARA DORSAL DE PRIMER FALANGE, MOVIMIENTOS CONSERVADOS, AMERITA VALORACION POR PARTE DE FISIATRIA PARA EVALUAR PROBABLE AFECTACION NERVIOSA QUE EXPLIQUE ESTOS HALLAZGOS, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE RESUELVEN DUDAS. SE ENVIA TOMA DE PARACLINICOS EN BUSQUEEDA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ANTE ANTECEDENTEWS DEL PACIENTE.

Además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en dicha atención se realizó de manera oportuna la remisión a la especialidad de fisioterapia:

REMISIONES

Fecha Hora Remisión: 22/09/2021 11:54:06 a. m.
Institución: OTRAS INSTITUCIONES
Especialidad: FISIATRIA
Servicio: SERVICIOS AMBULATORIOS
Remisión: Consulta Externa

CÓDIGO DIAGNÓSTICO	DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO
G64X	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que la remisión ordenada a la especialidad de fisioterapia fue lo correcto, pues contrario a lo afirmado en la demanda, ante la inasistencia del paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo a sus órdenes de curación, resultaba necesario que una especialidad como la ordenada valorara las funciones motrices de la extremidad afectada y su capacidad de rehabilitación. Sobre la fisioterapia se tiene que su objeto es el siguiente:

“Fisioterapia y rehabilitación

Es una especialidad médica que ayuda a las personas a recobrar las funciones corporales que perdieron debido a enfermedades o lesiones. Este término con frecuencia se usa para describir el equipo de salud completo, no solo los médicos.

La rehabilitación puede ayudar a muchas funciones corporales, incluso problemas intestinales y vesicales, masticación y deglución, problemas de pensamiento o razonamiento, movimiento o movilidad, habla y lenguaje.”

Visto lo anterior, se tiene acreditada la diligencia con la que actuó la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 pues realizó el procedimiento indicado para el paciente y ordenó la remisión a la especialidad indicada, todo ello de acuerdo con las *lex artis ad hoc* aplicable al caso y los medios a su alcance.

Por todo lo anterior, y en la medida en que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 puso a disposición del paciente todos los medios, recursos y personal con los que contaba y actuó de forma diligente y cuidadosa recetando los medicamentos necesarios y ordenando las remisiones a la especialidad del caso, solicito respetuosamente al despacho declarar probada la excepción propuesta y en consecuencia negar todas y cada una de las pretensiones solicitadas en la demanda.

2.3.1.4. 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 CENTRO 2 que dicha institución se encuentra en un nivel de atención primaria y que la actuación desplegada se debió, entre otras cosas, a la falta de cooperación y seguimiento que tuvo el paciente – ahora demandante – Jesús Ferney Guerrero Arturo respecto del tratamiento indicado, por lo que se trae a colación el concepto de la relatividad en la falla del servicio, en la medida en que nadie esta 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?²² (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 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.

²² Saavedra Becerra, R. (2018). De la responsabilidad patrimonial del Estado. Grupo Editorial Ibañez. Pág. 343.

En principio, esta referencia a los medios se explica lógicamente en la medida en que “nadie esta 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 2011²³:

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 alcance²⁴.

Por la compleja y dispendiosa naturaleza de su oficio, en el cual se involucra la

²³ 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

²⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 15 de febrero de 1996, expediente 9940.

vida y la salud de las personas, debe exigírsele al médico una especial prudencia y diligencia en su relación con el paciente. En todo caso, debe anotarse, que el comportamiento del médico y de la institución prestadora del servicio de salud, sólo pueden ser juzgados teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, **la disponibilidad de elementos y las circunstancias específicas de cada enfermedad y de cada 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 particular²⁵.

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 debe tener en cuenta que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 era, para el momento de los hechos, una institución de atención primaria y secundaria, lo que lógicamente indica que se debe valorar su conducta y responsabilidad según los medios técnicos a su alcance. 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.”²⁶

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada la excepción propuesta teniendo en cuenta el nivel de complejidad primario y secundario de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, máxime cuando la misma ordeno la remisión de forma oportuna a la especialidad indicada y, en ese sentido, negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

²⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 16 de julio de 2008, expediente 16.775

²⁶ 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&tling=es.

2.3.1.5. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LOS DEMANDADOS – INCISO 4º DEL ARTÍCULO 140 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

Se propone la siguiente excepción, sin que de ninguna forma implique aceptación alguna, sino que, por el contrario oposición, en la medida en que resulta imposible que exista solidaridad entre los demandados, pues lo cierto es que no se encuentran probados los elementos y presupuestos de la responsabilidad patrimonial por falla médica y la conducta de cada uno de los integrantes del extremo pasivo de esta *litis* se encuentra acorde con la *lex artis ad hoc*, en especial respecto de la conducta desplegada por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2.

Para sostener la excepción en comento, debe tenerse en cuenta que el inciso 4º del artículo 140 del C.P.A.C.A. dispone lo siguiente:

“(...)En todos los casos en los que en la causación del daño estén involucrados particulares y entidades públicas, en la sentencia se determinará la proporción por la cual debe responder cada una de ellas, teniendo en cuenta la influencia causal del hecho o la omisión en la ocurrencia del daño.”

Sobre el artículo en comento, la jurisprudencia nacional ha dicho lo siguiente:

“199. Las condenas que aquí se ordenen se deberán pagar a los demandantes en proporción de 70 % a cargo de la Constructora y 30 % a cargo de Distrito, conforme lo establece el artículo 140²⁷ del CPACA., en la medida que la acción dañosa de la constructora tiene una influencia causal mayor y preponderante en relación a la omisión de la administración distrital. Lo anterior, porque fue la constructora quien con su acción ocasionó el daño de manera directa, violó la licencia de construcción y continuó con la obra hasta su finalización. Por su parte, el Distrito con la omisión de no ejercer de manera correcta sus facultades de inspección, vigilancia y control, contribuyó en un grado menor en la irrogación del daño.

*200. Al respecto, es importante señalar que el demandante solicitó que la condena en el presente caso sea solidaria a la luz de la codificación civil. Empero, ello no será así, ya que **la Ley 1437 de 2011, en el referido artículo 140, expresamente se apartó del concepto de solidaridad contenido en artículo 2344 del Código Civil con el fin de tutelar el patrimonio público.***

*201. Finalmente, conviene hacer hincapié que este es uno de los cambios más importantes introducidos al medio de control de reparación directa en la Ley 1437 de 2011, pues el legislador determinó, en ejercicio de su libre configuración, que **en los eventos donde el daño antijurídico sea imputable de manera concurrente a particulares y entidades públicas, obligatoriamente, se deberá***

²⁷ Artículo 140 del CPACA (...) “En todos los casos en los que en la causación del daño estén involucrados particulares y entidades públicas, en la sentencia se determinará la proporción por la cual debe responder cada una de ellas, teniendo en cuenta la influencia causal del hecho o la omisión en la ocurrencia del daño”.

determinar en la sentencia la proporción por la cual debe responder cada una de ella. De esta manera, en materia de reparación directa, fenece la responsabilidad solidaria respecto a la parte demandada establecida en el artículo 2344 del Código Civil y aplicada por la jurisprudencia de manera constante en vigencia del C.C.A., para establecer y fijar como regla legal y como lex specialis (art. 140 del CPACA) una responsabilidad proporcional a la influencia causal de la acción u omisión en el hecho dañoso. (énfasis añadido).

De igual forma, la doctrina nacional ha privilegiado la tesis anterior en los siguientes términos:

“El artículo 140 del nuevo Código Contencioso Administrativo trae sin embargo, una disposición según la cual se ha entendido que con su expedición no habrá lugar a predicar una obligación solidaria cuando entidad pública y privado participen en el hecho dañoso, y por lo tanto, la obligación entre los dos deberá ser conjunta. (...)

...se ha interpretado que debido a que el juez administrativo en la sentencia debe determinar la proporción de la reparación que cada involucrado debe pagar; se está eliminando la posibilidad de que el demandante cobre a cualquiera el valor total de la obligación indemnizatoria, como ocurre en las obligaciones solidarias.

(...)

...el Consejo de Estado parece haber entendido que la solidaridad se ha eliminado en aras de proteger el patrimonio público, asó lo manifiesta en las Memorias de la Ley 1437 de 2011:

El nuevo Código pretende acabar, entonces, con la solidaridad que se ha venido comúnmente aplicando en las sentencias, quizá en una controvertida aplicación del artículo 2344 del Código Civil al ámbito de la Administración Pública. El hecho es que hay muchísimos casos en los que la participación del Estado en la producción de un hecho dañoso es mínima, y en salvaguarda del patrimonio estatal, la ley opta por la divisibilidad de la obligación y no por la solidaridad, que se mira en ese caso injusta para con los intereses de la comunidad que el Estado representa”²⁸

En virtud de lo anterior, solicito respetuosamente se niegue la solidaridad pretendida por el extremo activo de la presente litis, pues lo cierto es que el inciso 4º del artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo impidió tal consecuencia en juicios de responsabilidad patrimonial ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, máxime cuando la imputación fáctica y jurídica que realizan los demandantes es variada y no puede endilgarse al unísono frente a todos los demandados, todo lo anterior sin perjuicio de la conducta diligente y cuidadosa que desplegó la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2.

²⁸ Saavedra Becerra, R. (2018). De la responsabilidad patrimonial del Estado. Grupo Editorial Ibáñez. Págs. 271-273.

2.3.1.6. INEXISTENCIA DEL LUCRO CESANTE (CONSOLIDAD Y FUTURO) Y EN SUBSIDIO ERRÓNEA LIQUIDACIÓN DEL MISMO

El lucro cesante consolidado y futuro solicitado en favor del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo se encuentra condenado al fracaso pues, además de que no se tiene certeza de la labor que desempeñaba el paciente – ahora demandante – para el momento de los hechos, obra dentro del expediente una confesión realizada mediante apoderado judicial y un certificado del Sisbén que dan cuenta que el demandante en cuestión pertenece a una población categorizada dentro de la “*pobreza extrema*”, circunstancia que pone en duda tanto la existencia del perjuicio material solicitado, como la excesiva y desproporcionada liquidación del mismo, circunstancias que en últimas no sólo justifican su negación sino que, además, contravienen flagrantemente los elementos esenciales de todo daño como lo es su certidumbre.

Para sustentar la excepción que ahora se plantea y que busca la negativa del perjuicio material solicitado a título de lucro cesante consolidado y futuro debido a su inexistencia, debe recordarse que el lucro cesante está exento de toda presunción judicial o legal, siendo necesario 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 ante la desatención del *onus probandi*, como bien lo ha dicho el H. Consejo de Estado en Sentencia del 1 de noviembre de 2023²⁹:

“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).*

De igual forma, el hecho de sólo reconocer un perjuicio material a título de lucro cesante porque la persona se encuentra en “edad productiva” significa un retroceso en los avances jurisprudenciales que sobre el particular ha alcanzado la jurisdicción ordinaria y contencioso administrativa, además de un clara desconocimiento de los elementos esenciales del daño dentro de los cuales se encuentra la necesidad de su certidumbre respecto de su causación. En ese sentido, se ha pronunciado, por ejemplo, el H. Consejo de Estado en sentencia del 18 de julio de 2019³⁰ cuando dijo lo siguiente:

“...se puede incurrir – a no dudarlo – en el desatino de indemnizar un perjuicio

²⁹ 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

³⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejero Ponente Carlos Alberto Zambrano Barrera, Expediente 44572, sentencia 18 de julio de 2019.

inexistente, incierto o eventual, lo cual sucede – por ejemplo – si el afectado, pese a encontrarse en una “edad productiva”, es improductivo, porque por un acto volitivo decide no trabajar y depender de los ingresos que le proporcionan otros, evento en el cual no hay un perjuicio material cierto e indemnizable(...).”

En la medida en que no se ha probado, ni siquiera mediante prueba sumaria, que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo era laboralmente activo para el momento de los hechos, tampoco se ha probado que devengara ingresos mensuales y mucho menos se ha probado que con ellos otorgara ayuda económica su familia y que a consecuencia del supuesto daño que se reclama haya dejado de percibir dichos ingresos y brindar la mencionada ayuda, circunstancias todas que indican que los efectos de la carga de la prueba deben operar con todas sus consecuencias y el perjuicio material pretendido a título de lucro cesante debe ser negado.

De igual forma, como si lo anterior no fuese poco, debe tenerse como una prueba en contra de la pretensión solicitada, el hecho de que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo estuviera clasificado dentro del grupo de “pobreza extrema” en el Sisbén y afiliado al régimen subsidiado en salud como puede observarse en la certificación que obra dentro del expediente y en la que en particular se aporta junto con la presente contestación de la demanda y del llamamiento en garantía:



Registro válido

Fecha de consulta: 17/08/2023

Ficha: 19392017564500000537

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS FERNEY

Apellidos: GUERRERO ARTURO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 10591661

Municipio: La Sierra

Departamento: Cauca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/06/2021

Última actualización ciudadano: 30/06/2021

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GINA LORENA CARVAJAL MOSQUERA

Dirección: Calle 4 No 18 - 20 Barrio Sur

Teléfono: 3137184720

Correo Electrónico: sisben@lasierra-cauca.gov.co

Respecto de la anterior información, debe tenerse en cuenta que, según el Departamento Nacional de Planeación, el Sisbén es una:

“...encuesta que permite conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y los clasifica por su capacidad para generar ingresos y calidad de vida. Desde 1995 es el principal instrumento de focalización utilizado por las entidades de orden nacional y territorial para garantizar la eficiencia del gasto público de inversión social, es decir, el gasto social dirigido hacia la población más pobre y vulnerable del país.

Desde su creación el Sisbén ha contado con cuatro metodologías de enfoques diferentes. En 1995, su primera versión tenía un enfoque metodológico de ingresos (inclusión productiva), y su ordenamiento era un puntaje de 0 a 100. La segunda y tercera versión en 2005 y 2011 respectivamente, en cambio, tenían un enfoque de calidad de vida (inclusión social), pero el ordenamiento por puntaje de 0 a 100 continuaba manteniéndose. La cuarta versión, implementada en 2021, consolidó los enfoques de inclusión social y productiva, y modificó el ordenamiento de puntajes a cuatro grupos, A, B, C, D, que reflejaran los niveles de pobreza del país (pobres extremos, pobres moderados, vulnerables, y ni pobres ni vulnerables).”

Como si lo anterior no fuese poco para negar el lucro cesante consolidado y futuro solicitado en la demanda, se tiene que, una vez consultada la cédula de ciudadanía del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo en la *Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, se observa que el demandante se encuentra afiliado al régimen subsidiado en salud:



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	10591661
NOMBRES	JESUS FERNEY
APELLIDOS	GUERRERO ARTURO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	LA SIERRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 01/20/2025 16:54:20 | Estación de origen: 192.168.70.220

Lo anterior demuestra que la víctima directa pertenece a un grupo poblacional vulnerable sin capacidad de pago, circunstancia que pone seriamente en duda que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo devengara lo expuesto al momento de liquidar el perjuicio material solicitado a título de lucro cesante consolidado y futuro y que, además, 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 Salud³¹:

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

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

Es responsabilidad de los entes territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la 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 encaminada al reconocimiento y pago del lucro cesante sufrido por los demandantes como consecuencia de la supuesta lesión sufrida por la víctima directa, 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

³¹<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/regimensubsubidiado.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20subsubidiado%20es%20el,subsubidio%20que%20ofrece%20el%20Estado>

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.

Ahora bien, en el hipotético y remoto caso que el despacho decidiera acceder al infundado perjuicio material solicitado a título de lucro cesante consolidado y futuro, se tiene que su liquidación es completamente errónea y contraviene de manera flagrante los postulados que ha decantado la jurisprudencia del H. Consejo de Estado como se pasara a continuación a exponer.

Lo primero que hay que decir es que resulta imposible que el lucro cesante consolidado y futuro solicitado en la demanda en favor del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo se liquide bajo un salario o ingreso base de liquidación (IBL) igual a dos millones (\$2.000.000) de pesos, pues dicha situación es contraria a la realidad y a las pruebas documentales que obran dentro del expediente las cuales demuestran que la víctima directa pertenecía a un grupo catalogado como “pobreza extrema” y bajo el régimen subsidiado de salud, circunstancias que demuestran que el señor Guerrero Arturo no devengaba la suma que sirve de liquidación a las infundadas pretensiones de la demanda.

En segundo lugar, respecto de la errónea liquidación del lucro cesante solicitado, hay que decir que no se puede sumar el 25% por concepto de prestaciones sociales, pues lo cierto es que no existe ninguna prueba dentro del expediente que acredite que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo devengara recursos económicos bajo la modalidad de un contrato laboral y que fuese un trabajador dependiente, circunstancia que excluye por completo las prestaciones sociales incluidas en la liquidación. En ese sentido, conviene recordar lo dicho por el H. Consejo de Estado sobre el particular:

*“61. En consecuencia, la Sala liquidará este perjuicio con base en dicho promedio, **sin que haya lugar al incrementado del 25% por concepto de prestaciones sociales porque no fue solicitado en la demanda y tampoco se alegó una relación de dependencia laboral.** Además, se tomará en consideración el tiempo que estuvo efectivamente privado de su libertad a cargo de la Rama Judicial (10 meses y 28 días). La respectiva operación matemática arroja como resultado la suma de \$69.947.423,2348; la cual será reconocida a favor de Orlando Anaya Durán.”³² (subrayado y negritas propias).*

De igual forma, el H. Consejo de Estado ha mantenido una línea jurisprudencia pacífica en la cual sólo ha reconocido prestaciones sociales a la hora de liquidar el lucro cesante cuando se ha probado que la víctima contaba con la relación laboral formal y de carácter dependiente. Así, por ejemplo, se estableció en la Sentencia del 1 de noviembre de 2023³³:

“Para liquidar este concepto y en punto al ingreso base de liquidación se deben aplicar los criterios expuestos en la sentencia de unificación de 18 de julio de 2019

³² CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B Magistrado ponente: Alberto Montaña Plata Bogotá D.C., 31 de mayo de 2024 Radicación: 08001-23-33-000-2022-00141-01 (70.516) Actor: Orlando Anaya Durán y otros Demandado: Nación – Rama judicial y otro Referencia: Reparación directa (Ley 1437 de 2011)

³³ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C CONSEJERO PONENTE: NICOLÁS YEPES CORRALES Bogotá D.C., primero (1°) de noviembre de dos mil veintitrés (2023) Referencia: REPARACIÓN DIRECTA Radicación: 23001233100020090010301 (49469) Demandante: LUISA MARTÍNEZ LÓPEZ Y OTROS Demandado: DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA

en los que se esbozó que **el incremento del 25% por concepto de prestaciones sociales procede siempre que: “i) así se pida en la demanda y ii) [que] se pruebe suficientemente que el afectado con la medida trabajaba como empleado al tiempo de la detención, pues las pretensiones sociales son beneficios que operaran con ocasión de una relación laboral subordinada”**

(...)

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

La anterior posición jurisprudencial, fue reiterada en otras tantas sentencias como la del 5 de diciembre de 2023³⁴, donde se dijo lo siguiente:

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

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

Por último y, en tercer lugar, se debe tener en cuenta que no se ha restado el 25% por concepto de gastos personales del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo de conformidad con los postulados indicados en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado.

En suma, se solicita respetuosamente al despacho que, en el hipotético y remoto caso que se considere acceder al infundado lucro cesante solicitado con la demanda, se apliquen todos los criterios jurisprudenciales vigentes para su liquidación, esto es, téngase en cuenta que no existe prueba de que el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo devengara los supuestos ingresos mensuales de una relación laboral formal y que, en todo caso, el grupo familiar que ahora integra el extremo activo de la *litis* en su generalidad es mayor de edad con capacidad productiva, por lo que, de no ser negado dicho perjuicio material, su apreciación y liquidación si debe ser objeto a una reducción considerable, de conformidad con la jurisprudencia sentada por el H. Consejo de Estado.

³⁴ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B Bogotá DC, cinco (5) de diciembre de dos mil veintitrés (2023). Magistrado Ponente: FREDY IBARRA MARTÍNEZ Expediente: 25000-23-36-000-2014-00236-02 (67.641) Actor: BERNARDO MAYA ARANGO Y OTROS Demandado: NACIÓN – RAMA JUDICIAL - FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL Acción: REPARACIÓN DIRECTA

2.3.1.7. INEXISTENCIA Y, EN SUBSIDIO, EXCESIVA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS MORALES SOLICITADOS – FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA RESPECTO DE ALGUNOS DE LOS DEMANDANTES

Para el caso en concreto, los perjuicios morales solicitados en la demanda deben correr la misma consecuencia del lucro cesante solicitado, esto es, su negatoria ante la inexistencia de una prueba que acredite su causación y, en todo caso, debe llamar la atención del despacho la excesiva tasación de los mismos y la falta de legitimación en la causa de algunos de sus solicitantes.

Con el fin de sustentar la presente excepción, lo primero que debe indicarse respecto de los perjuicios morales solicitados en la demanda es que los mismos no son imputables de ninguna forma a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 pues la actuación de dicha institución hospitalaria no causó de ninguna forma el supuesto daño reclamado por los demandantes y, en todo caso, si el despacho decidiera apartarse de la conclusión a la que se arriba en el presente medio exceptivo de defensa, se tiene que los mismos han sido tasados de forma excesiva y respecto de alguno de ellos ni siquiera se cuenta con la legitimación en la causa para solicitarlos.

Respecto de la excesiva tasación de los perjuicios morales solicitados en la demanda, se debe tener en cuenta que lo pretendido por los actores desborda por completo los baremos fijados por el H. Consejo de Estado en las sentencias de unificación del 28 de agosto de 2014 y en el documento de la misma fecha, máxime cuando ni siquiera se cuenta con una prueba pericial que acredite la gravedad de la lesión del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo. En concreto, debe tenerse en cuenta que, para casos como el *sub judice*, el reconocimiento del perjuicio inmaterial se encuentra estrechamente ligado al porcentaje de gravedad de la lesión que se logre probar:

“2.2 REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES PERSONALES

La reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, en los eventos de lesiones, la valoración de la gravedad o levedad de la lesión reportada por la víctima. Su manejo se ha dividido en seis (6) rangos:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paternofiliales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Deberá verificarse la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la que determinará el monto indemnizatorio en salarios mínimos. Para las víctimas indirectas se asignará un porcentaje de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado, conforme al cuadro.

La gravedad o levedad de la lesión y los correspondientes niveles se determinarán y motivarán de conformidad con lo probado en el proceso.

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). Tendrán derecho al reconocimiento de 100 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 80 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 60 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 40 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 20 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 10 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva, propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). obtendrán el 50% del valor adjudicado al lesionado o víctima directa, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se describe: tendrán derecho al reconocimiento de 50 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 40 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 30 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 20 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 10 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. Adquirirán el 35% de lo correspondiente a la víctima, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se indica: tendrán derecho al reconocimiento de 35 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 28 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 21 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 14 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 7 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 3,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de

consanguinidad o civil. Se reconocerá el 25% de la indemnización tasada para el lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se señala: tendrán derecho al reconocimiento de 25 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 20 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 10 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 5 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 2,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). Se concederá el 15% del valor adjudicado al lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se presenta: tendrán derecho al reconocimiento de 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 12 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 9 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 6 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 3 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 1,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%.” (subrayado y negritas propias).

Para el caso en concreto, resulta claro que los perjuicios morales resultan ser excesivos pues lo cierto es que no existe ni una sola prueba que acredite una gravedad de la lesión sufrida por el señor Jesús Ferney Guerrero Arturo Igual o superior al 50% y, aun así, ante la falta de dicho elemento de convicción, los demandantes de manera ciertamente temeraria pretenden el reconocimiento del tope indemnizatorio correspondiente a 100 S.M.L.M.V.

Igual circunstancia ocurre respecto de la cónyuge de la víctima directa, sus hermanos, sus “hijastros” y su cuñada, que teniendo como baremo máximo la cuantía de 50 y 15 S.M.L.M.V. respectivamente – en el hipotético y poco probable caso de poder acreditar una gravedad Arturo Igual o superior al 50% – solicitan de forma excesiva e injustificada montos de 100 S.M.L.M.V.

Ahora bien, respecto de los perjuicios morales solicitados por HERCILIA LEDEZMA VELASCO, DIVI GUERRERO VELASCO, MARCOS FIDEL GUERRERO VELASCO y AURA EMILIA GARCÉS HIDALGO, se tiene que los mismos son inexistentes ante la falta un medio de prueba que acredite la relación afectiva entre los demandantes y la víctima directa, circunstancia que redunde en una falta de legitimación en la causa respecto de dichos demandantes para pretender el perjuicio inmaterial descrito. Sobre el particular, especialmente, respecto de los hijastros del señor Jesús Ferney Guerrero Arturo, debe tenerse en cuenta que la jurisprudencia del H. Consejo de Estado en casos similares, pero refiriéndose a los hijos de crianza, ha dicho lo siguiente:

“Tratándose de una relación de hecho, son las expresiones públicas y privadas que esa relación se hagan, el elemento de convicción que ha de traerse al proceso para acreditar la aducida condición, sin que exista tarifa legal o solemnidad alguna

que regule la materia. Tal relación debe probarse mediante elementos indiciarios traídos por algún instrumento de memoria al proceso, de la vida cotidiana de los sujetos en relación, que den cuenta de una forma de trato entre sus extremos, de sus actuaciones públicas y privadas, asimilable a la que, conforme a la experiencia, se prodigan que actúan como en la generalidad lo hacen los padres con sus hijos biológicos y viceversa. Dicho trato debe trascender al universo social en el que se desenvuelve tal relación, de manera tal que se genere la convicción en ese medio, de la existencia de una comunidad de familia en la que, para el caso, James Alberto Ramírez, sea reputado como padre de Andrea Stephania Henao Quiñonez. Tales manifestaciones de afecto filial deben difundirse, no sólo en el ámbito social, sino en el tiempo.

Sobre el particular *la jurisprudencia de la Subsección ha tomado como referente temporal de la duración que deben tener ese trato y esa reputación, para que constituya un indicio de la relación de crianza, el lapso de cinco (5) años que conforme al artículo 398 del código civil se exigen para la acreditación de la posesión notoria del estado civil de hijo.*

En caso similar se ha dicho sobre *la necesidad de probar que el padre “durante el término mínimo de 5 años, se haya comportado como tal, proveyendo para la subsistencia, educación, manutención o establecimiento del hijo (trato) presentándolo con este carácter ante la familia y la sociedad, que a su vez le reputará y reconocerá el carácter de hijo, y así el hijo le reconozca y se comporte frente al padre*.³⁵.³⁶ (énfasis añadido).

De igual forma, en sentencia del 24 de julio de 2024³⁷, el H. Consejo de Estado con ponencia del Consejero Jaime Enrique Rodríguez Navas recordó que el hecho de que la jurisprudencia constitucional admita nuevos tipos de familia, no significa, de ninguna manera, que los demandantes estén revelados de probar las relaciones afectivas entre ellos con miras a probar la existencia de un perjuicio moral:

“Al punto, esta subsección observará la jurisprudencia de la Sección Tercera de esta Corporación en cuanto ha admitido que la familia “no sólo se estructura de forma vertical, es decir, no sólo surge de los vínculos naturales y jurídicos entre dos personas (...), sino que también puede ser analizada de forma extensiva a los demás parientes, sean estos consanguíneos o de crianza. En tal sentido, amplía el concepto de familia, “no sólo a la condición derivada del matrimonio y los vínculos de consanguinidad, sino también a aquella conformada por relaciones de afinidad, crianza, parentesco por adopción, o simplemente por la decisión libre de dos personas de crear un lazo afectivo”.

³⁵ Consejo de Estado, Sección tercera, Subsección C Sentencia de 12 de noviembre de 2014, Expediente 29.139.

³⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección C. Sentencia del 8 de octubre de 2021. Consejero Ponente: Jaime Enrique Rodríguez Navas. Radicado No. 76001-23-31-000- 2008-01161-01(46924)

³⁷ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C Magistrado Ponente: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS Bogotá, D.C., veinticuatro (24) de julio de dos mil veinticuatro (2024) Radicado número: 50001-23-31-000-2010-00538-01 (63068) Demandante: Luz Hayda Martínez Mozo y otros Demandado: Departamento del Meta, Municipio de Acacias Referencia: Acción de reparación directa – CCA

Con todo, para ser catalogado como familiar de crianza es necesario cumplir ciertos presupuestos establecidos por la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado, que se fundamentan en la solidaridad, el reemplazo de la figura paterna, materna o, para el caso, del abuelo; la dependencia económica generada entre ellos; los vínculos de afecto, respeto, comprensión y protección y; el reconocimiento de la relación familiar, requisitos que deberán ser analizados por los jueces que conozcan de aquellos casos en los que una persona desee adquirir un derecho en tal calidad.

Es así que para que pueda reclamarse un derecho ante la administración de justicia en condición de familiar de crianza, según la jurisprudencia, se requiere: demostrar con suficiencia la estrecha relación familiar con los presuntos familiares de crianza y una deteriorada y ausente relación de lazos familiares con los biológicos. Bajo estas consideraciones, se tiene que en este caso no se aportó con la demanda ningún medio de prueba tendiente a acreditar: i) la existencia real y permanente de la convivencia entre María Aurora Mozo y Fidel Rozo y, ii) por contera, tampoco la estrecha relación familiar entre el señor Rozo y Nikol Ludwika Beltrán Martínez, toda vez que de las declaraciones rendidas por Luis Alfonso Camacho Fontecha, Gladys Gutiérrez Rodríguez, Esteban Bello Lasso y Yinet Villegas Losada, no es dable concluir que entre los demandantes y el señor Rozo existía un vínculo afectivo que permitiera presumir tal hecho, y menos aún la deteriorada o ausente relación de los lazos familiares de Nikol Ludwika Beltrán Martínez con su abuelo biológico o, en su defecto los de Luz Hayda Martínez Mozo con su padre biológico.

*En definitiva, **el hecho de que la jurisprudencia haya aceptado la existencia de distintos tipos de familia, no significa en modo alguno “que en la órbita de la responsabilidad estatal y en el proceso de reparación directa, la parte accionante, quede relevada de demostrar el lazo que lo une con la víctima”, así, tras no encontrarse acreditado con base en material probatorio sólido y consistente la invocada categoría de abuelo de crianza, no se tendrá como legitimado en la causa por activa a Fidel Rozo.***” (subrayado y negritas propias).

En ese sentido, como en el expediente no obra la prueba de la relación afectiva entre la víctima directa y los demandantes HERCILIA LEDEZMA VELASCO, DIVI GUERRERO VELASCO, MARCOS FIDEL GUERRERO VELASCO y AURA EMILIA GARCÉS HIDALGO, los perjuicios morales pretendidos a favor de estos deben ser negados.

2.3.1.8. INEXISTENCIA DE CUALQUIER OTRO PERJUICIO MATERIAL O INMATERIAL DEBIDO A SU FALTA DE ACREDITACIÓN Y A LA NATURALEZA ROGADA DE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA

Se plantea la siguiente excepción, como consecuencia de la redacción confusa de la demanda que invoca otra serie de perjuicios, pero no los solicita expresamente en el acápite respectivo, para dejar presente desde ahora la absoluta imposibilidad, jurídica y material, del reconocimiento de perjuicios

materiales y/o inmateriales diferentes a los solicitados en la demanda.

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

Sobre el particular, el H. Consejo de Estado ha sido bastante claro en providencias como la del 26 de noviembre de 2015³⁸:

*“... la incongruencia o inconsonancia del fallo puede revestir diversas formas: extra petita, ultra petita y citra o infra petita. En el primer caso se falla por fuera de lo pedido, en el segundo más allá de lo reclamado y en el tercer evento por debajo de lo solicitado³⁹. **Una decisión es extra petita cuando (i) se concede una pretensión no contenida en la demanda, (ii) se sustituye una pretensión por otra, o (iii) cuando se reconoce lo solicitado pero a partir de una modificación o alteración de la causa petendi.***

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

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

Con fundamento en lo anterior, debe quedar absolutamente claro que es imposible reconocer cualquier otro perjuicio material y/o inmaterial que no haya sido solicitado en la demanda, todo ello so pena de incurrir en un defecto de incongruencia por reconocer más allá de lo pedido.

2.3.1.9. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN EFECTUÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, las planteadas por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, 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.

³⁸ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 26 de noviembre de 2015. Consejero Ponente: Guillermo Sánchez Luque. Radicado No. 07001-23-31-000-2008-00090-01(37747)A

³⁹ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 13 de abril de 2014, Rad. 52.556.

2.3.1.10. GENÉRICA Y OTRAS

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

III. CAPÍTULO II. CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

3.1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

3.1.1. **FRENTE AL HECHO PRIMERO:** Es parcialmente cierto. La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 tomó con la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa un seguro de responsabilidad civil servidores públicos documentado en la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 con una vigencia – **según el anexo No. 2 que sirvió de fundamento para el llamamiento en garantía a mi representada** – desde el 01 de febrero de 2021 hasta el 01 de febrero de 2022, póliza que 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 indicados.

Ahora bien, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 también tomó con la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa un seguro de responsabilidad civil clínicas y centros médicos documentado en la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 con una vigencia – **según el anexo No. 2 que sirvió de fundamento para el llamamiento en garantía a mi representada** – desde el 01 de febrero de 2021 hasta el 01 de febrero de 2022, póliza que 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.

En ese sentido, debe tenerse en cuenta por el despacho que, debido a la modalidad de cobertura pactada en las pólizas anteriormente descritas, esto es, que se cubren las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, de conformidad con el artículo 4º de la Ley 389 de 1997, se tiene que ninguno de los anexos que sirvieron de fundamento para llamar en garantía a mi representada ofrecen

cobertura temporal, pues mientras que su vigencia para el caso de los Anexos No. 2 transcurre desde el 01 de febrero de 2021 hasta el 01 de febrero de 2022, la reclamación realizada por las víctimas se materializó hasta el día 18 de agosto de 2023 con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría General de la Nación.

- 3.1.2. FRENTE AL HECHO SEGUNDO:** No es propiamente un hecho, resulta ser una apreciación subjetiva del apoderado de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2. En todo caso, conviene aclarar que la cobertura de las Pólizas No. 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019 no se circunscribe a los hechos ocurridos durante su vigencia, sino más bien, de conformidad con el artículo 4º de la Ley 389 de 1997⁴⁰, a las reclamaciones efectuadas durante la misma por los hechos ocurridos dentro de ésta y/o en su periodo de retroactividad.

Con fundamento en lo anterior, se tiene que la reclamación formulada por las víctimas el día 18 de agosto de 2023 y que correspondió por reparto a la Procuraduría 184 Judicial I para Asuntos Administrativos de Popayán (C), **NO** ocurrió durante la vigencia de los Anexos No. 2 de las Pólizas No. 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019, pues mientras que la vigencia de dichos anexos que sirvieron de fundamento para llamar en garantía a mi representada transcurre desde el 01 de febrero de 2021 hasta el 01 de febrero de 2022, la reclamación formulada por las víctimas se materializó hasta el día 18 de agosto de 2023 con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría General de la Nación.

- 3.1.3. FRENTE AL HECHO TERCERO:** No es propiamente un hecho, resulta ser una apreciación subjetiva del apoderado de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2. En todo caso, debe reiterarse que las Pólizas No. 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019 no se pactaron bajo la modalidad de ocurrencia regulado de forma general en nuestro Código de Comercio, sino más bien bajo la modalidad de reclamación o *Claims Made* establecida en el artículo 4º de la Ley 389 de 1997.

En el anterior sentido, la efectividad de las Pólizas No. 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019 corresponde a las reclamaciones efectuadas durante su vigencia por los hechos ocurridos dentro de la misma y/o en su periodo de retroactividad, más no sobre sólo los hechos que ocurrieran dentro de la misma.

Para el caso en concreto, el llamamiento en garantía formulado por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 tiene por fundamento los Anexos No. 2 de las pólizas en cuestión, anexos que tienen una vigencia desde el 01 de febrero de 2021 hasta el 01 de febrero de 2022, mientras que la reclamación formulada por las víctimas se materializó hasta el día 18 de agosto de 2023 con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría General de la Nación, esto es, por fuera de la vigencia establecida en los Anexos No. 2 de las Pólizas 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019.

⁴⁰ ARTICULO 4o. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

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

3.2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA ÚNICA PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA – APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE CONGRUENCIA

Respetuosamente manifiesto que, **ME OPONGO** a que la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa tenga que cubrir, reembolsar total o parcialmente el pago que tuviese que hacer la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 en caso de llegársele a condenar, ello por dos sencillas razones: **1.** Primero, porque los Anexos No. 2 de las Pólizas 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019 no ofrecen cobertura temporal para el caso en concreto debido a que ambos contratos de seguro pactaron su cobertura bajo la modalidad de reclamación o *Claims Made* y la reclamación que formularan las víctimas se surtió por fuera de la vigencia pactada en los Anexos No. 2 de dichas pólizas; y **2.** Segundo, porque el llamamiento en garantía formulado por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 se fundamentó únicamente Anexos No. 2 de las Pólizas 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019, circunstancia que delimita la competencia del despacho respecto de dichos anexos y que, en aplicación del principio de congruencia, se debe limitar a la pretensión que pretende afectar únicamente dichos certificados que, conforme se explicara a continuación, no tienen ninguna cobertura temporal para el caso en concreto.

Sobre el segundo de los puntos, esto es, la aplicación del principio de congruencia al momento de resolver sobre el llamamiento en garantía formulado por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 en contra de mi representada, debe tenerse en cuenta que verificado el escrito de llamamiento en garantía se evidencia que, en el mismo, sólo se adjuntan los Anexos No. 2 de las Pólizas 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019. En ese sentido, es necesario señalar que el principio de congruencia es la regla del derecho procesal, en virtud del cual el juez se encuentra obligado a que sus decisiones sean concordantes con los hechos y pretensiones que se presentan en los escritos que se elevan ante los Despachos. El artículo 281 del Código General del Proceso, contempla los preceptos que debe seguir el Juez en sus sentencias de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 281. CONGRUENCIA. La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley.

No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta.

Si lo pedido por el demandante excede de lo probado se le reconocerá solamente lo último.

En la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio.

PARÁGRAFO 1o. En los asuntos de familia, el juez podrá fallar ultrapetita y extrapetita, cuando sea necesario para brindarle protección adecuada a la pareja, al niño, la niña o adolescente, a la persona con discapacidad mental o de la tercera edad, y prevenir controversias futuras de la misma índole.

PARÁGRAFO 2o. En los procesos agrarios, los jueces aplicarán la ley sustancial teniendo en cuenta que el objeto de este tipo de procesos es conseguir la plena realización de la justicia en el campo en consonancia de los fines y principios generales del derecho agrario, especialmente el relativo a la protección del más débil en las relaciones de tenencia de tierra y producción agraria.

En los procesos agrarios, cuando una de las partes goce del amparo de pobreza, el juez de primera o de única instancia podrá, en su beneficio, decidir sobre lo controvertido o probado aunque la demanda sea defectuosa, siempre que esté relacionado con el objeto del litigio. Por consiguiente, está facultado para reconocer u ordenar el pago de derechos e indemnizaciones extra o ultrapetita, siempre que los hechos que los originan y sustenten estén debidamente controvertidos y probados.

En la interpretación de las disposiciones jurídicas, el juez tendrá en cuenta que el derecho agrario tiene por finalidad tutelar los derechos de los campesinos, de los resguardos o parcialidades indígenas y de los miembros e integrantes de comunidades civiles indígenas”.

En virtud de lo anterior, se puede concluir que: i) no es válido emitir fallos ultra petita, es decir, sentencias en las cuales se condene al demandando por una cantidad superior a la solicitada en el líbello de la demanda, o sentencias que concedan más de lo pedido. ii) Tampoco se pueden emitir fallos extra petita, es decir, sentencias en las cuales se condene al demandado con base en pretensiones distintas a las deprecadas en la demanda y iii) no pueden ser proferidas sentencias por causas distintas a las invocadas en el petitum de la demanda. En cuanto a la importancia del principio de congruencia, la Corte Constitucional ha indicado:

“La jurisprudencia de esta Corporación ha definido el principio de congruencia como uno de los elementos constitutivos del derecho fundamental al debido proceso consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política, en la medida que impide determinadas decisiones porque su justificación no surge del proceso por no responder en lo que en él se pidió, debatió, o probó. Además ha establecido que siempre que exista falta de congruencia en un fallo se configurara un defecto y, por tanto, será procedente la tutela contra providencia judicial con el fin de tutelar el derecho constitucional fundamental al debido proceso.

(...)

24.2. De lo expuesto hasta el momento, se puede concluir que el juez debe tomar su decisión de manera congruente con los hechos, pretensiones y excepciones probadas dentro del proceso. Por lo tanto, no podrá proferir una sentencia en la

que se pronuncie acerca de algo que no fue solicitado por las partes (extra petita) o en la que otorgue más de lo pedido (ultra petita), pero tampoco podrá fallar sin pronunciarse acerca de todas las pretensiones, pues de lo contrario deberá explicar de manera suficiente las razones por las cuales omitió referirse a algún pedimento. El principio de congruencia de la sentencia, además garantiza el oportuno uso del derecho de defensa por parte de las partes, puesto que les permite hacer uso de cada una de las herramientas establecidas en la ley para ello.”⁴¹

En este orden de ideas, resulta incuestionable que el juez al momento de fallar no podrá desbordarse de las pretensiones propuestas. Es claro entonces que la sentencia que resuelve la demanda está sometida al principio de congruencia. Así las cosas, se evidencia a través de preceptos legales y jurisprudenciales que el Juez está en la obligación de garantizar el derecho de defensa y debido proceso dentro de las actuaciones judiciales, a las partes intervinientes en el proceso, en el sentido de no proferir sentencia sobre aspectos adiciones a los solicitados por las partes, o que no hayan sido solicitados.

Teniendo en cuenta todo lo previamente mencionado, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Se evidencia en el escrito del llamamiento en garantía formulado por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 sólo adjunto los Anexos No. 2 de las Pólizas 435-87-994000000039 y No. 435-88-994000000019, por lo que, la competencia del despacho, en aplicación del principio de congruencia, se encuentra limitada a tales anexos, que, valga la oportunidad reiterarlo, no ofrecen cobertura temporal para el caso en concreto.

Sin perjuicio de lo anterior, no puede surgir obligación indemnizatoria alguna en cabeza de mi representada por no haberse realizado el riesgo asegurado en la póliza toda vez que (i) la ausencia de responsabilidad es evidente; y (ii) los hechos se encuentran configurados en una exclusión de cobertura, de allí que no se encuentren amparados por el contrato de seguro.

3.3. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

3.3.1. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DEBIDO A LA MODALIDAD “CLAIMS MADE” PACTADA EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 – LA RECLAMACIÓN SE REALIZÓ POR FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Para el presente caso, resulta imposible proferir cualquier condena respecto de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa con fundamento en la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039, pues lo cierto es que dicho contrato de seguro, en virtud del cual fue llamada en garantía mi representada, **NO CUBRE LAS RECLAMACIONES FORMULADAS POR FUERA DE SU VIGENCIA**, todo ello de conformidad con la libertad de la compañía aseguradora para asumir riesgos a su arbitrio (artículo 1056 C.Co.) y la modalidad de reclamación o *Claims Made* consagrada en el artículo 4º de la Ley 389 de 1997.

⁴¹ Sentencia T-455 de 2016, Corte Constitucional. Magistrado Ponente: ALEJANDRO LINARES CANTILLO.

Para sustentar la presente excepción que resulta ser de suma importancia para las resultas de este proceso, pues, refleja que la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no ofreció cobertura frente a la reclamación que da origen a esta controversia y por el cual es llamada en garantía, se debe iniciar recordando que, junto con la modalidad de cobertura existente en el Código de Comercio denominada por ocurrencia u *ocurrencia basis*, existe también dentro de nuestro ordenamiento jurídico desde el año 1997, en virtud de la Ley 389 de dicho año, las modalidades de cobertura denominadas por reclamación o *Claims Made* y *sunset*, siendo para el presente caso importante entender la primera.

El legislador, a través de la Ley 389 de 1997, dispuso lo siguiente sobre la modalidad *Claims Made*, lo cual traigo a colación:

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

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

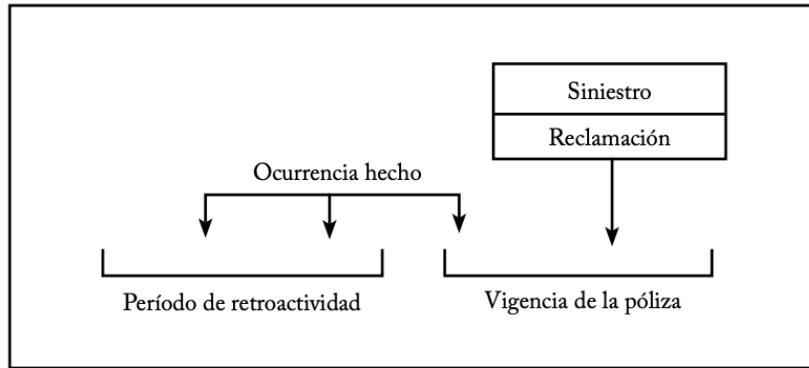
Sobre esta modalidad de cobertura, es decir, por reclamación o *Claims Made* en el seguro de responsabilidad, la doctrina nacional se ha pronunciado al unísono indicando que la cobertura está caracterizada por lo siguiente:

“2.1. Modalidad de reclamación

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

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

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



En efecto, la misma ley permite a las partes circunscribir la cobertura del seguro a las reclamaciones formuladas por la víctima, estableciendo una noción distinta de riesgo asegurado en el seguro de responsabilidad civil cuando se aplica esta alternativa.

En este orden de ideas, puede existir un hecho constitutivo de responsabilidad, aunque no necesariamente un siniestro, ya que éste consiste en la reclamación judicial o extrajudicial, la cual puede no materializarse.

Si conforme al artículo 1072 del Código de Comercio siniestro es la realización del riesgo asegurado, **es necesario concluir que la Ley 389 de 1997 en su artículo 4, inciso 1, modificó el concepto de siniestro para esta modalidad en particular. En otros términos, si con base en esta ley los contratantes pactaron que el riesgo asegurado se refiere a las reclamaciones presentadas durante la vigencia, para estos efectos habrá que entender modificado el artículo 1131 del Código de Comercio y, en consecuencia, concluir que el siniestro se presenta en el momento de la reclamación y no cuando acaezca el hecho externo imputable al asegurado. El artículo 1131 citado mantiene su entera vigencia para la modalidad de ocurrencia.**

(...)

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

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

(...)⁴² (subrayado y negritas propias).

Como se observa de lo explicado por el profesor Juan Manuel Díaz-Granados Ortiz, en la modalidad por reclamación o *Claims Made*, es necesario que la reclamación se presente durante la vigencia de la Póliza.

De igual forma, otro sector de la doctrina nacional comenta lo siguiente:

“5.2. *Claims Made*”

*Por lo descrito, en Colombia, a partir de 1997, se permitió que **la cobertura del seguro de responsabilidad civil se pudiera circunscribir a las reclamaciones formuladas por la víctima al asegurado o al asegurador durante la vigencia del contrato de seguro**, aunque se tratara de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación (artículo 4 de la Ley 389 de 1997). Esta modalidad de cobertura es conocida como *claims made*. En esta, **la responsabilidad de la compañía de seguros no estará determinada por los daños que cause el asegurado durante la vigencia del contrato de seguro, sino que el evento relevante para que surja en cabeza de ella la obligación indemnizatoria es que la víctima reclame por primera vez y dentro de la vigencia del seguro, al responsable asegurado o a la misma aseguradora, una indemnización de perjuicios encaminada a reparar un daño causado por aquel.***

(...)⁴³ (subrayado y negritas propias).

“3.3.2 “*Claims made*””

*con retroactividad Bajo esta modalidad de “*claims made*” **se da cobertura a aquellas reclamaciones que se presenten en vigencia de la póliza** y que tengan su origen en hechos y circunstancias acaecidas durante la vigencia de la misma o incluso con anterioridad al inicio de su vigencia, siempre y cuando dichos hechos se hubieren producido con posterioridad a la fecha máxima de retroactividad establecida por el asegurador en las condiciones particulares del seguro. En otras palabras, se permite adicionalmente brindar amparo a reclamaciones generadas por hechos ocurridos con anterioridad, al inicio de la vigencia de la póliza, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del rango de tiempo pretérito otorgado.”⁴⁴ (subrayado y negritas propias).*

En suma, para que un riesgo sea cubierto por un seguro pactado bajo la modalidad de reclamación o *Claims Made*, resulta absolutamente necesario que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza y/o dentro del periodo de retroactividad pactado, pero, además, y esto es lo más importante para el caso que ahora ocupa la atención del despacho, la reclamación judicial o extrajudicial que

⁴² Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana. Págs. 178 – 182.

⁴³ Vásquez Vega, D. (2020). Los seguros de responsabilidad civil en el derecho colombiano. In A. Gaviria Cardona (Ed.), Estudios de responsabilidad civil (pp. 495-551). Editorial EAFIT.

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

le formula la víctima al asegurado debe presentarse durante la vigencia del seguro, por lo que la concurrencia de ambas condiciones: hecho ocurrido durante la vigencia y/o el periodo de retroactividad y la reclamación presentada por la víctima durante la vigencia de la Póliza, se constituyen en factores *sin a qua non* para la efectivada del negocio jurídico en cuestión, o, en otras palabras, **la ausencia de verificación de alguna de las dos impide que nazca la obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora.**

Para el caso en concreto, tenemos que la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039, se pactó bajo la modalidad de cobertura por reclamación o *Claims Made* con un periodo de retroactividad claro y definido, como se observa claramente en las condiciones particulares vertidas en la misma, como se pasa a exponer:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA	
AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA	COD. AGENCIA: 435 RAMO: 87 No PÓLIZA: 994000000039 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8
BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

TEXTO ITEM 1

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 09 de febrero de 2018. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza.

VALOR (ES) ASEGURADO (S) Y TARIFACION:

Transcripción esencial:

*“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 09 de febrero de 2018. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza.”

Para el caso en concreto, la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-99400000039 contempló los siguientes anexos con sus respectivas vigencias:

- El Anexo: 0 contempló una vigencia desde el 25 de febrero de 2019 hasta el 01 de febrero de 2020:



Aseguradora Solidaria de Colombia
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS
NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS: 4351173382
PÓLIZA No: 435 -87 - 99400000039 ANEXO:0

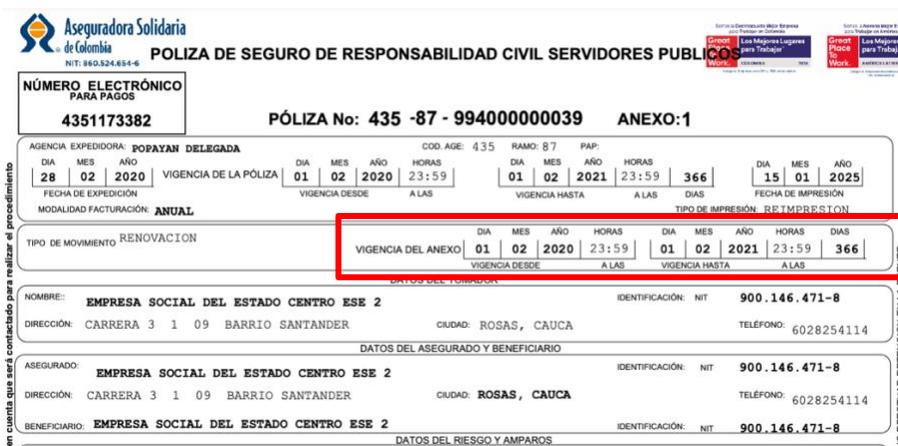
AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA
 COD. AGE: 435 RAMO: 87 PAP:
 DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 26 02 2019 23:59 01 02 2020 23:59 341 15 01 2025
 VIGENCIA DE LA PÓLIZA VIGENCIA DESEDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESION
 MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESION: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION
VIGENCIA DEL ANEXO: 25 02 2019 23:59 | 01 02 2020 23:59 | 341

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8
 DIRECCIÓN: CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER CIUDAD: ROSAS, CAUCA TELÉFONO: 6028254114

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8
 DIRECCIÓN: CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER CIUDAD: ROSAS, CAUCA TELÉFONO: 6028254114
 BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

- El Anexo: 1 contempló una vigencia desde el 01 de febrero de 2020 hasta el 01 de febrero de 2021:



Aseguradora Solidaria de Colombia
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS
NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS: 4351173382
PÓLIZA No: 435 -87 - 99400000039 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA
 COD. AGE: 435 RAMO: 87 PAP:
 DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 28 02 2020 23:59 01 02 2021 23:59 366 15 01 2025
 VIGENCIA DE LA PÓLIZA VIGENCIA DESEDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESION
 MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESION: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION
VIGENCIA DEL ANEXO: 01 02 2020 23:59 | 01 02 2021 23:59 | 366

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8
 DIRECCIÓN: CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER CIUDAD: ROSAS, CAUCA TELÉFONO: 6028254114

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8
 DIRECCIÓN: CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER CIUDAD: ROSAS, CAUCA TELÉFONO: 6028254114
 BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

- El Anexo: 2 contempló una vigencia desde el 01 de febrero de 2021 hasta el 01 de febrero de 2022:



Aseguradora Solidaria de Colombia
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS
NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS: 4351173382
PÓLIZA No: 435 -87 - 99400000039 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA
 COD. AGE: 435 RAMO: 87 PAP:
 DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
 28 01 2021 23:59 01 02 2022 23:59 365 15 01 2025
 VIGENCIA DE LA PÓLIZA VIGENCIA DESEDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESION
 MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESION: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION
VIGENCIA DEL ANEXO: 01 02 2021 23:59 | 01 02 2022 23:59 | 365

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8
 DIRECCIÓN: CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER CIUDAD: ROSAS, CAUCA TELÉFONO: 6028254114

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8
 DIRECCIÓN: CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER CIUDAD: ROSAS, CAUCA TELÉFONO: 6028254114
 BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

En concordancia con lo anterior y teniendo en claro que la reclamación debía realizarse durante la vigencia de alguno de los anexos de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039, esto es, el Anexo: 0, 1 y 2, se tiene que la solicitud de indemnización extrajudicial realizada por los ahora demandantes al asegurado EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 se formuló **por fuera de la vigencia establecida**, veamos:

	FORMATO: CONSTANCIAS DE TRÁMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	3
	PROCESO: INTERVENCIÓN	Fecha	29/12/2022
		Código	IN-F-20

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL

PROCURADURÍA 184 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación 2023-532656 No. Interno 2590

Fecha de Radicación: 18 de agosto de 2023

Fecha de Reparto: 18 de agosto de 2023

Convocante (s): JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO - AIDE VELASCO - HERCILIA LEDEZMA VELASCO - DIVI GUERRERO VELASCO- MARCOS FIDEL GUERRERO VELASCO - HOLMES IVÁN GUERRERO ARTURO - AURA EMILIA GARCÉS HIDALGO - HADER ALBERTO GUERRERO ARTURO

Convocado (s): EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 ROSAS - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - IPS NUEVA POPAYÁN UT - IPS SURCAUCANA S.A.S - HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA

Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

Visto todo lo anterior, se tiene que resulta imposible afectar la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039, o cualquiera de sus anexos, pues de su condicionado particular emerge con total claridad que dicho contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de cobertura *Claims Made*, es decir, que solo se cubrían las reclamaciones formuladas durante la vigencia de la póliza y debido a que como se vio dicha reclamación ocurrió posteriormente a la vigencia pactada, debe concluirse que no existe cobertura temporal para los hechos que ahora se debaten ante este despacho y mi representada no tiene ninguna obligación legal y/o contractual de responder por las resultas de este proceso, en virtud de dicho seguro que sirvió de fundamento al llamamiento en garantía.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente al despacho declarar probada la excepción al no haberse formulado la reclamación de los ahora demandantes dentro de la vigencia pactada en ninguno de los anexos de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039, y en consecuencia, negar todas y cada una de las pretensiones del llamamiento en garantía formulado por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 a mi representada.

3.3.2. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL RESPECTO DEL ANEXO No. 2 DEL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 DEBIDO A LA MODALIDAD “CLAIMS MADE” – LA RECLAMACIÓN SE REALIZÓ POR FUERA DE LA VIGENCIA DEL ANEXO No. 2 DE LA PÓLIZA

Ahora bien, se tiene, de igual forma, que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 llamó en garantía a mi representada con fundamento en el Anexo No. 2 de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019, contrato de seguro que también fue pactado bajo la modalidad de cobertura por reclamación o *Claims Made* en los términos del artículo 4º de la Ley 389 de 1997, esto es, con una vigencia para dicho anexo desde el 01 de febrero de 2021 hasta el 01 de febrero de 2022 y con un periodo de retroactividad a partir del 19 de diciembre de 2016, circunstancias que explican, con fundamento en lo abordado en el acápite anterior, que dicho anexo no preste cobertura para el caso en concreto al haberse formulado la reclamación hasta el día 18 de agosto de 2023 ante la Procuraduría General de la Nación.

Para el caso en concreto, tenemos que el Anexo No. 2 de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 contempló la modalidad de cobertura por reclamación o *Claims Made* en virtud del artículo 4º de la Ley 389 de 1997 de la siguiente forma:

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: 994000000019 ANEXO: 2
DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN: NIT	900.146.471-8	
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2	IDENTIFICACIÓN: NIT	900.146.471-8	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT	001-8	
TEXTO ITEM 1			
<p>NIVEL DE COMPEJIDAD: I y II VIGENCIA: Un año, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.</p> <p>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:</p> <p>CONDICIONES GENERALES: Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI</p> <p>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.</p> <p>RETROACTIVIDAD: El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir de Diciembre 19 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 anteriormente al inicio de esta póliza.</p> <p>VALOR (ES) ASEGURADO (S) Y TARIFACION:</p>			

Transcripción esencial:

“MODALIDAD DE COBERTURA:

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

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir de Diciembre 19 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 anteriormente al inicio de esta póliza.” (subrayado y negritas propias).

De igual forma, se tiene que el Anexo No. 2 de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 contempló una vigencia desde el 01 de febrero de 2021 hasta el 01 de febrero de 2022:

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.534.654-9

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS: 4351173986

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000019 ANEXO:2

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

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
28	01	2021		01	02	2021	23:59	01	02	2022	23:59	365

FECHA DE EXPEDICIÓN: 28/01/2021 VIGENCIA DE LA PÓLIZA: 01/02/2021 A LAS 23:59 VIGENCIA DEL ANEXO: 01/02/2021 A LAS 23:59 VIGENCIA HASTA: 01/02/2022 A LAS 23:59 FECHA DE IMPRESIÓN: 15/01/2025

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

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

Todo lo anterior indica que la reclamación efectuada por las víctimas no se realizó durante la vigencia del Anexo No. 2 de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019, pues esta se formuló hasta el 18 de agosto de 2023, esto es, una vez finalizada la vigencia del anexo en cuestión.

A la anterior conclusión también se debe arribar respecto de los anexos No. 0 con vigencia desde el 25 de febrero de 2019 hasta el 01 de febrero de 2020, No. 1 con vigencia desde el 01 de febrero de 2020 hasta el 01 de febrero de 2021, No. 2 por las razones indicadas, No. 3 con una vigencia desde el 01 de febrero de 2022 hasta el 01 de febrero de 2023, No. 4 porque no se ha realizado el riesgo asegurado de conformidad con las razones que se pasaran a exponer más adelante, No. 5 con una vigencia desde el 01 de febrero de 2024 hasta el 01 de febrero de 2025. Todo ello porque la reclamación no se efectuó durante la vigencia de dichos anexos y porque para el caso del anexo No. 4 no se ha realizado el riesgo asegurado.

3.3.3. INEXISTENCIA DE AMPARO Y CONSECUENTEMENTE INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE MI REPRESENTADA EN TANTO NO SE CONFIGURÓ EL RIESGO ASEGURADO – RESPECTO DE LA POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039

Se propone la anterior excepción, como consecuencia de los argumentos planteados anteriormente, pues al ser la reclamación judicial o extrajudicial de las víctimas el siniestro en los seguros de responsabilidad civil pactados bajo la modalidad *Claims Made*, se tiene que para el caso en concreto no ha ocurrido lo dispuesto en el artículo 1072 del Código de Comercio, esto es, no se ha realizado el riesgo asegurado en la medida en que **durante la vigencia de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 no se formuló ninguna reclamación** ni contra el asegurado EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2 ni mucho menos contra mi representada.

Para fundamentar la excepción que ahora se propone, debe tenerse en mente que en los seguros bajo la modalidad por reclamación o *Claims Made*, el siniestro es la reclamación misma, según lo ha expuesto la doctrina:

*“Con fundamento en los argumentos enunciados atrás se considera que la solución más sólida jurídicamente hablando, es la sostenida por la corriente mayoritaria, razón por la que se comparte sin salvedad alguna, que **en los seguros de responsabilidad bajo la modalidad por reclamación o claims made se modificó la configuración del siniestro, siendo ahora este, la reclamación misma** y no el acaecimiento del hecho dañoso, con todas las consecuencias, implicaciones jurídicas que de dicho señalamiento se desprenden.”⁴⁵ (subrayado y negritas propias).*

En esa medida y articulando la forma en que opera la modalidad *Claims Made*, se tiene lo siguiente: si durante la vigencia de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 no se recibió ningún reclamo de terceros (víctimas), sencillamente no se produjo ningún siniestro y por ende el hecho futuro e incierto (reclamación) del cual pende la obligación indemnizatoria de mi representada **NUNCA** se verificó.

Por todo lo anterior, respetuosamente solicito al despacho declarar probada la excepción propuesta y en consecuencia negar todas y cada una de las pretensiones del llamamiento en garantía formulado por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2.

3.3.4. INEXISTENCIA DE AMPARO Y CONSECUENTEMENTE INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE MI REPRESENTADA EN TANTO NO SE CONFIGURÓ EL RIESGO ASEGURADO – RESPECTO DE NINGUNO DE LOS OTROS ANEXOS DE LA POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019

⁴⁵ Uribe Lozada, N. (2016). Análisis Técnico-Jurídico de la modalidad de cobertura por reclamación o “Claims Made” en los seguros de responsabilidad civil a la luz del ordenamiento jurídico colombiano. Revista Ibero-Latinoamericana De Seguros, 25(44). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ris44.atjm>

Se propone la siguiente excepción, como consecuencia de los argumentos planteados anteriormente, especialmente 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 CENTRO 2 y se tiene que resulta imposible afectar el contrato de seguro documentado en la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019.

3.3.5. EXCLUSIONES PACTADAS EN LA PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019

De conformidad con el artículo 1056 del Código de Comercio y las exclusiones pactadas en el condicionado general aplicable a la PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019, solicito se estudie la aplicación de las mismas, en especial las siguientes:

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

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

(...)

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

(...)

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

(...)

42. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.”

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 Justicia⁴⁶:

“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 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 ininterrumpida⁴⁷».

En la medida en que la imputación fáctica y jurídica que realizan los demandantes se centra en una atención con presunta inobservancia de las reglas mínimas y del tratamiento de la historia clínica, solicito se estudien las exclusiones pactadas para si es del caso y los hechos *sub judice* se encuadran dentro de las mismas, se exonere a mi representada de cualquier obligación legal y/o contractual al no haber asumido tales riesgos de conformidad con el artículo 1056 del Código de Comercio.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Cfr. CSJ Sentencia SC2879-2022, Rad. 2018-72845-01.

3.3.6. GARANTÍAS PACTADAS EN LA PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-99400000019

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 CENTRO 2, por lo que, en caso de que dicho hospital haya incumplido tales obligaciones pactadas en la PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-99400000019 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.)**”⁴⁸ (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 atentán 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

⁴⁸ 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.**⁴⁹ (énfasis añadido).*

Para el caso en concreto, se tiene que el condicionado general aplicable a la PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 contempló 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,

⁴⁹ 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.

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).”

En la medida en que la imputación realizada por los actores va encaminada, entre otras cosas, a reprochar el manejo dado a la historia clínica, solicito se estudien las garantías pactadas a cargo

del asegurado.

Por todo lo anterior, 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 dispuestas en el artículo 1061 y siguientes del Código de Comercio.

3.3.7. DEDUCIBLES PACTADOS EN LAS PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 Y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019

Las PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 Y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 pactaron un deducible, 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.⁵⁰

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

⁵⁰ Laudo Arbitral. Colpensiones contra AXA Colpatria Seguros S.A. Diciembre 22 de 2020. Árbitros: Arturo Solarte Rodríguez; Juan Carlos Esguerra Portocarrero; Alejandro Venegas Franco.

en una suma fija o en un porcentaje del quantum de la indemnización o en una combinación de ambos”.⁵¹ 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.”⁵²

Para el caso en concreto, se tiene que las PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 Y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 pactaron un deducible de la siguiente forma:

- PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 con un deducible de 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV:

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

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

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV.

- PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 con un deducible de 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV:

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

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.

3.3.8. LA COBERTURA OTORGADA EN LAS PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 Y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 SE CIRCUNSCRIBE A LOS TÉRMINOS DE SUS CLAUSULADOS

Se plantea la siguiente excepción para que, no obstante, la prosperidad de las excepciones

⁵¹ Narváez Bonnet, Jorge Eduardo. El contrato de seguro en el sector financiero. Tercera edición. Bogotá: Ed. Grupo Editorial Ibáñez, 2014, p.373

⁵² 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.dsdc>

propuestas frente a la demanda y al llamamiento en garantía, se tengan en cuenta todos y cada uno de los pormenores y cláusulas de los contratos de seguro celebrado entre mi representada y el EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, términos vertidos fundamentalmente en las PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 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.**”⁵³ (subrayado y negritas propias).*

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

⁵³ 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.

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).”⁵⁴ (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...**”⁵⁵(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 a los contratos de seguro documentados en las PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019 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.

3.3.9. 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

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Jaramillo Jaramillo, C. I. (2013). Derecho de seguros. Tomo II. Editorial Temis S.A. - Pontificia Universidad Javeriana. Pág. 747.

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.**”⁵⁶ (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:

- Respecto de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		\$ 500,000,000.00	
	ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS	500,000,000.00	

Con un sublímite del 30% del valor asegurado de la póliza por evento para la cobertura de perjuicios extrapatrimoniales y lucro cesante:

⁵⁶ 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.

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 Caucciones Judiciales: sublímite de Cop \$10.000.000 por evento y Cop \$20.000.000 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.

- Respecto de la POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		50,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 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			

" 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.

Por todo lo anterior y en el hipotético y remoto caso que se entre a estudiar las particularidades de los contratos seguro documentados en las PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019, a pesar de la inexistencia de responsabilidad a cargo de la entidad asegurada, solicitó tener en cuenta la argumentación planteada en esta excepción junto con el carácter indemnizatorio del negocio asegurativo en cuestión que será expuesto a continuación.

3.3.10. 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).”⁵⁷ (subrayado y negritas propias).

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

3.3.11. DISMINUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA POR PAGO DE INDEMNIZACIONES CON CARGO A LAS PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 Y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019

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 las PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 Y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019, 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 Comercio⁵⁸ que, la suma asegurada se entenderá reducida, desde el momento del siniestro, en

⁵⁷ Díaz-Granados Ortiz, J. M. (2012). El seguro de responsabilidad. Pontificia Universidad Javeriana.

⁵⁸ ARTÍCULO 1111. . La suma asegurada se entenderá reducida, desde el momento del siniestro, en el importe de la indemnización pagada por el asegurador.

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.

3.3.12. PAGO POR REEMBOLSO

En el hipotético y remoto evento en el cual el despacho decida acceder a las infundadas pretensiones de la demanda, aun ante la prueba de la diligencia y cuidado de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2, el pago deberá hacerse por reembolso y no directamente, en la medida en que mi representada, la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., fue llamada en garantía por dicha demandada y no se ejerció acción directa en contra de ella.

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.(...)"⁵⁹

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 rembolsé el monto de la condena que sufre”

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 CENTRO 2, deberá hacerse por reembolso y no directamente, sin perjuicio de lo expuesto frente a las exclusiones pactadas y la falta absoluta de cobertura material.

3.3.13. 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

⁵⁹ Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado.

sentencia, incluida la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de conformidad con los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio.

IV. 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.

V. OPOSICIÓN RESPECTO DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS EN LA DEMANDA

5.1. OPOSICIÓN RESPECTO DE LAS FOTOGRAFÍAS APORTADAS CON LA DEMANDA

De manera respetuosa solicito al despacho la exclusión de las fotografías aportadas en la demanda, pues no se tiene certeza de su fecha o de su autoría, por lo que es necesario reprochar su capacidad suasoria en el proceso de referencia, solicitándole al despacho negar validez a dichos registros fotográficos según la jurisprudencia del Consejo de Estado que se pasa a referenciar.

Sobre el valor probatorio y suasorio de fotografías como las allegadas por los demandantes el Consejo de Estado ha mencionado lo siguiente:

*“9.1. Las fotografías aportadas por la parte actora (f. 41 c.1) no podrán ser valoradas toda vez que **no hay certeza sobre la persona que las realizó, ni sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que fueron tomadas y que determinarían su valor probatorio.** En estos términos y, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 252 del Código de Procedimiento Civil⁶¹, vigente para la época en la cual se presentó la demanda y aplicable en virtud de la remisión contenida en el artículo 169 del Código Contencioso Administrativo, las mencionadas fotografías no pueden ser consideradas como documentos auténticos.”⁶⁰ (subrayado y negritas propias).*

La anterior tesis jurisprudencial ha hecho carrera dentro de la corporación y ha sido reiterada en varias sentencias como las del 19 de noviembre de 2021 y 22 de noviembre de 2021:

“7. Las fotografías y planos aportados al proceso (f. 45 y 46 c. 1 y f. 276 a 286 c. 2) no serán valorados, porque según criterio uniforme de esta Sala, conforme al artículo 252 CPC, hoy 244 CGP, no se tiene certeza de la persona que los realizó y tampoco de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que fueron tomadas las fotografías y elaborados los planos.”⁶¹

⁶⁰ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Sala Plena. Sentencia del 28 de agosto de 2014. Magistrado Ponente: Danilo Rojas Betancourth. Radicado No. 25000-23-26-000-2000-00340-01(28832)

⁶¹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección C. Sentencia del 19 de noviembre de 2021. Magistrado Ponente: Guillermo Sánchez Luque. Radicado No. 05001-23-31-000-1998-01260-01(46234)A

“8. Las fotografías aportadas al proceso (f. 68 c. 3) no serán valoradas, porque según criterio uniforme de esta Sala, conforme al artículo 252 CPC, hoy 244 CGP, no se tiene certeza de su origen, el tiempo y el lugar en las que fueron tomadas.”⁶²

Como se observa, las fotografías aportadas por los demandantes adolecen de los mismos defectos que tanto criticó la jurisprudencia del Consejo de Estado: no se tiene certeza de su origen, tiempo y lugar en que se tomaron.

En suma, ante la desatención de la carga probatoria en cabeza de la parte actora, las fotografías aportadas no pueden subsanar la deficitaria actividad probatoria llevada a cabo por los demandantes, máxime cuando se ha visto que dichas fotografías no son suficientes, por sí solas, para acreditar los elementos estructurales de la responsabilidad extracontractual por desconocerse las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que fueron realizadas.

5.2. OPOSICIÓN RESPECTO DE LAS DECLARACIONES DE PARTE SOLICITADAS

De manera respetuosa solicito se nieguen las declaraciones de parte de los demandantes en la medida que dicho medio de prueba no se contempló ni el Código General del Proceso ni el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, estatutos adjetivos que no prevén la posibilidad de que se pueda interrogar a la propia parte.

De igual forma, además de que las pruebas practicadas no tienen fundamento legal en código adjetivo alguno, debe recalcar que las declaraciones solicitadas a el despacho son contrarias al principio básico del derecho probatorio consistente en la **prohibición a la propia parte de fabricarse su prueba.**

Por las anteriores razones, es que, por ejemplo, Tribunales como el Administrativo de Risaralda ha recalcado la imposibilidad de derivar algún poder suasorio de las declaraciones de la propia parte:

*(...) **la parte actora ha solicitado su propio interrogatorio de parte,** «con el objeto de que este de mayor claridad de la relación laboral, de la subordinación y del cumplimiento de horario al cual estaba obligado por parte del contratante» frente a lo que el despacho advierte que si bien la nueva redacción del precepto contenido en el artículo 198 del Código General del Proceso es diferente a la del artículo 203 del Código de Procedimiento Civil, en cuanto el primero de los mencionados preceptos no alude a que cualquiera de las partes podía pedir la citación de la «contraria» a fin de interrogarla sobre hechos relacionados con el proceso, como sí lo hacía el dispositivo jurídico derogado, es lo cierto que ello obedece a la redacción del nuevo precepto que expresamente indica que el Juez podrá, de oficio o a petición de parte, ordenar la citación de las partes a fin de interrogarlas sobre hechos relacionados con el proceso, y es claro que el juez no tiene parte contraria por lo que no podía incluir esta frase en el texto modificatorio. Tan cierto es lo anterior que el Código General del Proceso en su Sección Tercera, Título Único, Capítulo III, refiere a la declaración de parte y confesión, lo que quiere*

⁶² Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección C. Sentencia del 2 de noviembre de 2021. Magistrado Ponente: Guillermo Sánchez Luque. Radicado No. 18001-23-31-000-2001-00320-01(44648)

significar que ambas están ligadas y precisamente el artículo 191 numeral 2º del Código General del Proceso, señala que son requisitos de la confesión «que verse sobre hechos que produzcan consecuencias jurídicas adversas al confesante o que favorezca a la parte contraria», e incluso se conservaron en lo esencial las normas referidas a la práctica de la mencionada prueba, lo que indica que sobre el particular no hubo modificaciones de tal calado que lleven al convencimiento que es posible interrogar a la propia parte, ello en el entendido que el intérprete debe propender por la coherencia del ordenamiento jurídico y con la intelección sistemática de las normas, y no entendiéndolas simplemente como contenidos inconexos o aislados, **amén que ello contravendría el principio de derecho probatorio según el cual «a ninguna parte le está dado fabricarse su propia prueba»** (ver entre otras, sentencia del 27 de junio de 2016 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, SC8605-2016, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez).

Lo dicho en precedencia resulta acompañado por la doctrina en tanto se ha considerado que, tan no es cierto que el CGP haya autorizado a la parte a pedir su propia declaración en el curso de un proceso, que al regular el decreto de la misma prueba en el escenario extraprocesal, expresamente se previó que puede solicitarla una parte, pero solamente respecto de su «presunta contraparte». En este sentido, el doctrinante Ramiro Bejarano Guzmán, en cuanto a la declaración de parte ha dicho⁶³:

«Ni por asomo puede decirse que el hecho de haber suprimido la frase “cualquiera de las partes podrá pedir la citación de la contraria” significa que cada quien puede pedir su propia declaración. Ni en la exposición de motivos del CGP, ni en las actas que reposan en el Instituto Colombiano de Derecho Procesal de la Comisión que elaboró ese estatuto, se advierte que la tesis de la declaración de la propia parte hubiese sido siquiera discutida. Si no lo fue, menos pudo haber quedado incluida para la vía del silencio o de la supresión de una frase. (...) A lo anterior ha de agregarse un detalle que seguramente no han advertido los defensores de la tesis de la declaración a instancias de la propia parte, que es contundente. En efecto, si fuese cierto que la supresión de la expresión “cualquiera de las partes podrá pedir la citación de la contraria” significa que la parte puede pedir su propia declaración, no se entiende, entonces, la razón por la cual el artículo 184 del CGP, al regular lo relativo al interrogatorio de parte extraprocesal, previó que “quien pretenda demandar o tema que se le demanda podrá pedir por una sola vez, que su presunta contraparte conteste el interrogatorio que le formule sobre hechos que han de ser materia del proceso”.»

En virtud a lo expuesto, **no se decretará de oficio el interrogatorio de parte del demandante**.⁶⁴ (énfasis añadido).

⁶³ Bejarano Guzmán, Ramiro (11 de octubre de 2017). La parte no puede pedir su propia declaración. Ámbito Jurídico. Recuperado de <https://www.ambitojuridico.com/noticias/columnista-impreso/civil-y-familia/>

⁶⁴ La providencia del Tribunal Administrativo de Risaralda puede ser consultada en el siguiente link: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3312707/4696715/2017-00431-00.pdf>

Como si lo anterior no fuera poco, otro tanto ha dicho el Consejo de Estado sobre lo superflua que resulta la declaración de la propia parte. En ese sentido el alto tribunal de lo contencioso administrativo dijo en auto del 4 de abril de 2022 lo siguiente:

“3. La parte demandada adujo que según el Código General del Proceso se puede ordenar la citación "de las partes", expresión que modifica lo previsto en el Código de Procedimiento Civil que sólo permitía pedir la citación de la "parte contraria". Agregó que se puede solicitar, entonces, la práctica del interrogatorio de la misma parte y que el intérprete no puede hacer distinciones donde la ley no lo permite.

Según el artículo 167 CGP, aplicable por remisión de los artículos 211 y 306 CPACA, las partes deben probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen. Conforme a esta norma, entonces, quien alega un hecho debe demostrar su ocurrencia para que produzca el efecto pretendido, ya que la sola afirmación de una parte no es suficiente para acreditarlo.

Como es sabido, en la interpretación de la ley prevalece el criterio gramatical sobre la "intención" o "espíritu" del legislador, dado el carácter general de la ley (artículo 4 CC). Los artículos 27 y 28 CC son claros en disponer que las palabras de que se sirve el legislador son el punto de partida para desentrañar el lenguaje de las leyes, sin perjuicio -claro está- de los demás sistemas de interpretación aplicables frente a pasajes oscuros o contradictorios. A su vez, el artículo 30 prevé que el contexto de la ley servirá para ilustrar el sentido de cada una de sus partes, de manera que haya entre todas ellas la debida correspondencia y armonía. Así, las oposiciones, incongruencias, contradicciones, incompatibilidades, vacíos y casos dudosos cuentan con mecanismos legales de interpretación para poder fijar el sentido de la ley.

*A diferencia de lo previsto en el artículo 203 CPC, que prescribe que cualquiera de las partes puede pedir la citación de la contraria, a fin de interrogarla sobre hechos relacionados con el proceso, el artículo 198 CGP prevé la posibilidad de que el juez, de oficio o a solicitud de parte, pueda ordenar la citación de las partes a fin de interrogarlas sobre estos hechos. **Esta norma no faculta a las partes a solicitar su propia declaración.** El precepto hace referencia a que el juez cite a las partes, bien sea porque de oficio considera necesaria su declaración o porque la parte contraria lo solicita. Son dos puntos de partida distintos. Mientras el artículo 203 CPC dispone que las partes pueden solicitar la citación de la parte contraria, el artículo 198 CGP prevé que el juez puede ordenar la citación de las partes. Esta norma no se refiere a la parte contraria, pues regula el interrogatorio de las partes ordenado por el juez -de oficio o a solicitud de estas- que, como árbitro de la contienda, no tiene una contraparte en el proceso. Además, **es preciso insistir en que quien alega un hecho debe demostrar su ocurrencia para que produzca el efecto pretendido, pues la sola afirmación de una parte no es suficiente para acreditarlo. De ahí que, permitir que la misma parte***

solicite su declaración, no tiene en cuenta lo previsto en el artículo 167 CGP, ni corresponde a una interpretación armónica de esta norma (artículo 30 CC).

Más allá de las discusiones sobre el valor probatorio de la declaración de parte, la posibilidad de que esta prueba sea solicitada por la misma parte y la valoración de la misma, **es claro que la demostración de la ocurrencia de los hechos no deriva de las afirmaciones de las partes.** De ser así, la demanda y la contestación servirían para acreditar los supuestos de hecho que estas aducen y no sería necesaria la práctica de pruebas. Por ello, el Despacho debe determinar, además, si la prueba es útil, pertinente, conducente y no resulta superflua.⁶⁵ (énfasis añadido).

Como se observa, de la jurisprudencia traída a colación, tanto los los Tribunales Administrativos del país como el mismo Consejo de Estado, han sido claros en restarle todo valor probatorio a las declaraciones como las que se solicitaron ante el despacho por dos sencillas razones: no contar con fundamento legal alguno y por contravenir el principio de que nadie puede hacer prueba de su propio dicho.

En la medida en que los demandantes no acreditaron los elementos de la responsabilidad extracontractual del Estado, mucho menos podrán acometer dicho propósito mediante sus propios dichos.

5.3. OPOSICIÓN RESPECTO DE LAS PRUEBAS TESTIMONIALES SOLICITADAS

Respetuosamente solicito se nieguen los testimonios solicitados en la demanda por cuanto su solicitud enunciada en los siguientes términos: “*para que manifiesten conforme a derecho todo lo que sepan y les conste sobre los hechos de la demanda, su contestación, las excepciones, los perjuicios padecidos por los demandantes y demás aspectos de interés al proceso*”, no cumple con los requisitos del artículo 212 del Código General del Proceso.

Frente a tal solicitud probatoria debe recordarse los requisitos que exige el C.G.P. cuando se piden testimonios:

*“Artículo 212. Petición de la prueba y limitación de testimonios. Cuando se pidan testimonios deberá expresarse el nombre, domicilio, residencia o lugar donde pueden ser citados los testigos, y **enunciarse concretamente los hechos objeto de la prueba.***

El juez podrá limitar la recepción de los testimonios cuando considere suficientemente esclarecidos los hechos materia de esa prueba, mediante auto que no admite recurso.” (énfasis añadido).

Como se observa, el Código General del Proceso exige enunciar concretamente los hechos objeto de la prueba, circunstancia que no sucede en el caso en concreto, pues, como lo han dicho los

⁶⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección C. Auto del 4 de abril de 2022. Consejero Ponente: Guillermo Sánchez Luque. Radicado No. 17001-23-33-000-2020-00044-02(67820). Actor: Universidad de Caldas. Demandado: Henry Mesa Echeverri y Otros. Referencia: Repetición.

operadores judiciales del país, la fórmula “declararán sobre el conocimiento que tiene de los hechos de esta demanda” no satisface lo exigido por el legislador.

Sobre el particular, la H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 28 de noviembre de 2024⁶⁶ con ponencia del Magistrado Octavio Augusto Tejeiro Duque dijo lo siguiente:

*“En resumen, consignar el nombre, domicilio, residencia o lugar donde pueden ser citados los testigos, recae en la parte que solicita la prueba testimonial. **Aunado a lo anterior, el mismo tenor impone al interesado la carga de enunciar concretamente los «hechos objeto de la prueba», es decir, especificar en torno de cuáles aspectos fácticos del litigio declararán.***

En otras palabras, se trata, nada más y nada menos, de requisitos que deben ser satisfechos al momento de presentar la solicitud para que la prueba testimonial pueda ser decretada por el juez de conocimiento.

Sobre el particular, la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural ha precisado que:

“(…) atendiendo a que las partes acuden al proceso a confirmar sus versiones del conflicto, si pretenden aducir como prueba un testimonio, deben enunciar “concretamente los hechos objeto de la prueba”, es decir, indicar de manera precisa, determinada y sin vaguedad los puntos fácticos del litigio sobre los cuales tiene conocimiento y podrá ser interrogado. De esa manera se facilita la práctica del testimonio y su contradicción. El juez y las partes sabrán de antemano cuál será el tema de la declaración. Por su lado, quien no la pidió, al conocer con claridad su objeto, podrá preparar adecuadamente su contrainterrogatorio, a fin de desacreditar al testigo o su relato.” (CSJ STC14083-2022, reiterado en STC14216-2024)

Todo lo anterior, bajo el entendido que no es una exigencia arbitraria ni caprichosa, sino que, por el contrario, es una carga legal que tiene transcendental importancia e incidencia en la práctica del testimonio y su contradicción, así como en la posibilidad que tienen las demás partes de preparar un eventual contrainterrogatorio, en los términos del numeral 4º del artículo 212 de la normativa adjetiva.

Al respecto, esta Corporación ha sostenido que:

“(…) la parte que solicita un testimonio debe indicar de manera precisa, determinada y sin vaguedad los puntos fácticos del litigio sobre los cuales tiene conocimiento y podrá ser interrogado.

De esa manera el juez y las partes sabrán de antemano cuál será el tema de la declaración y así, quien sospecha de la presencia de un testimonio fraudulento o

⁶⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 28 de noviembre de 2024. STC16268-2024STC. Radicación nº 63001-22-14-000-2024-00097-01. Magistrado ponente: OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE.

ajeno a la realidad de los hechos, al conocer con claridad su objeto, podrá preparar adecuada y suficientemente su contrainterrogatorio, a fin de desacreditar al testigo o su relato.” (CSJ STC9222-2023, reiterado en STC14216- 2024)

En definitiva, tratándose del testimonio pedido por alguna de los extremos de la litis y que deba practicarse en audiencia, la jurisprudencia ha enfatizado que el derecho de contradicción se garantiza informando - específica y oportunamente- los hechos sobre los cuales versará el testimonio, a fin de que las demás partes puedan estar en la capacidad de contrainterrogar al testigo. (CSJ STC14216- 2024)” (subrayado y negritas propias).

En ese sentido, deben negarse las pruebas testimoniales solicitadas pues el hecho de que el demandante hubiera indicado que los testigos declararían “sobre los hechos de esta demanda” no cumple las exigencias que establece el artículo 212 del Código General del Proceso y por ende vulnera el derecho de defensa y contradicción de las demás partes e intervinientes dentro de este proceso.

VI. PRUEBAS

6.1. 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 (JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO, AIDE VELASCO, HERCILIA LEDEZMA VELASCO, DIVI GUERRERO VELASCO, MARCOS FIDEL GUERRERO VELASCO, HOLMES IVAN GUERRERO ARTURO, HADER ALBERTO GUERRERO ARTURO y AURA EMILIA GARCÉS HIDALGO) 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.

6.2. TESTIMONIALES

6.2.1. LEONARD JESUS RAMIREZ BARRIOS, Medico general, con Registro Medico No. 543956, quien atendió al paciente Jesús Ferney Guerrero Arturo el día 18 de agosto de 2021 en el punto de atención rosas. **Objeto de la prueba:** para que indique el diagnóstico inicial dado al paciente y el examen físico que realizará el día 18 de agosto de 2021 en donde se observó una herida que sólo comprometía la piel y tejido celular subcutáneo, con una movilidad de las falanges conservada tanto para extensión como para flexión.

De conformidad con el numeral 8º del artículo 78 del Código General del Proceso, solicito que la comparecencia de dicho testigo se realice con la colaboración de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTO 2, en la medida en que el facultativo prestaba sus servicios ante dicha institución. Los correos electrónicos en los que puede ser citado el testigo son los mismos de la demandada donde prestó sus servicios para el día 18 de agosto de 2021: ventanilla.unica@centro2.gov.co y asesoriajuridicaexterna@centro2.gov.co

- 6.2.2. ANA MARIA FERNANDEZ VARGAS**, Especialista Ortopedia y Traumatología RM. 1906793, quien atendió y practicó un procedimiento quirúrgico al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO en el Hospital Susana López Valencia. **Objeto de la prueba:** para que indique el procedimiento quirúrgico practicado al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO, su estado previo a la cirugía y su recuperación.
- 6.2.3. YESSENIA EDITH MADROÑERO**, Medico General RM. 19028, quien atendió y practicó un procedimiento quirúrgico al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO en el Hospital Susana López Valencia. **Objeto de la prueba:** para que indique las anotaciones consignadas en la historia clínica y la atención brindada desde medicina general al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO, su estado previo a la cirugía y su recuperación.
- 6.2.4. LEIDY JOHANA NARVAEZ OCAMPO**, Medico General RM. 13029745, quien atendió y practicó un procedimiento quirúrgico al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO en el Hospital Susana López Valencia. **Objeto de la prueba:** para que indique las anotaciones consignadas en la historia clínica y la atención brindada desde medicina general al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO, su estado previo a la cirugía y su recuperación.
- 6.2.5. YENNY STELA RAMIREZ**, médico general, RM.2743/06, quien atendió y practicó un procedimiento quirúrgico al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO en el Hospital Susana López Valencia. **Objeto de la prueba:** para que indique las anotaciones consignadas en la historia clínica y la atención brindada desde medicina general al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO, su estado previo a la cirugía y su recuperación.
- 6.2.6. JAIRO ANDRES SANTACRUZ GORDILLO**, Medico general, RM. 1087006750, quien atendió y practicó un procedimiento quirúrgico al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO en el Hospital Susana López Valencia. **Objeto de la prueba:** para que indique las anotaciones consignadas en la historia clínica y la atención brindada desde medicina general al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO, su estado previo a la cirugía y su recuperación.
- 6.2.7. JULIO CESAR GOMEZ TAMAYO**, Anestesiólogo RM. 1017150675, quien atendió y practicó un procedimiento quirúrgico al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO en el Hospital Susana López Valencia. **Objeto de la prueba:** para que indique las anotaciones consignadas en la historia clínica y la atención brindada desde el área de anestesiología al señor JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO, su estado previo a la cirugía y su recuperación.

Los testigos podrán ser ubicados en el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E., en la dirección física calle 15 # 17A-196, en la ciudad de Popayán, y en el siguiente correo electrónico: juridica@hosusana.gov.co y notificacionesjudiciales@hosusana.gov.co.

6.3. OFICIOS

Respetuosamente solicito que se oficie a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad

Cooperativa para que certifique la disponibilidad de las sumas aseguradas en las PÓLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039 y SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019, 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.

6.4. DOCUMENTALES

- 6.4.1. PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS No. 435-87-994000000039.
- 6.4.2. CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PARA SERVIDORES PÚBLICOS.
- 6.4.3. PÓLIZA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 435-88-994000000019.
- 6.4.4. CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS.

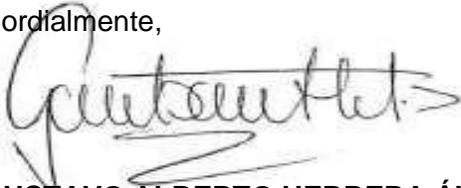
VII. ANEXOS

- 7.1. Los documentos enunciados en el acápite denominado "Documentales".
- 7.2. Poder especial.
- 7.3. Certificado de existencia y representación de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.

VIII. 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 1 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Popayán

Referencia: **RADICADO:** 202300197
 DEMANDANTE. JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO Y OTROS
 DEMANDADO. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2; NUEVA EPS S.A.; IPS
 SURCAUCANA S.A.S.; HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA.

 LLAMADO EN
 GARANTIA. **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

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

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

Cordialmente,



MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA
C. C. No. 38.264.817 de Ibague
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

CAL89824 - PODER

Desde Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>

Fecha Mié 11/12/2024 20:00

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

 2 archivos adjuntos (3 MB)

241202-Certificado SFC ASC.pdf; CAL89824.pdf;

Señores

**JUZGADO 1 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
Popayán**

Referencia: RADICADO: 202300197

DEMANDANTE. JESÚS FERNEY GUERRERO ARTURO Y OTROS

**DEMANDADO. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 2; NUEVA EPS S.A.; IPS SURCAUCANA S.A.S.; HOSPITAL
SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA.**

LLAMADO EN

GARANTIA. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

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

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

Cordialmente,

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA

C. C. No. 38.264.817 de Ibagué
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

CAL89824 2024/12/11

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



Compartir 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> ?



Certificado Generado con el Pin No: 9438392740227470

Generado el 02 de diciembre de 2024 a las 12:49:59

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 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



Certificado Generado con el Pin No: 9438392740227470

Generado el 02 de diciembre de 2024 a las 12:49:59

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

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



Certificado Generado con el Pin No: 9438392740227470

Generado el 02 de diciembre de 2024 a las 12:49:59

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


NATALIA GUERRERO RAMÍREZ
9438392740227470

NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUMERO **19.395.114**

HERRERA AVILA

APELLIDOS

GUSTAVO ALBERTO

NOMBRES

Gustavo Alberto Herrera Avila
FIRMA



INDICE DERECHO

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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

O+

G.S. RH

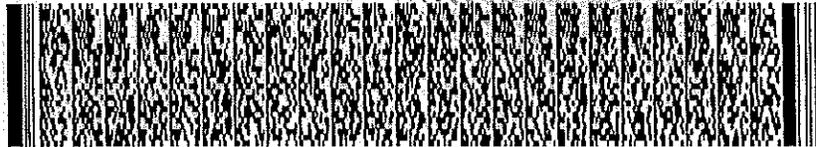
M

SEXO

06-OCT-1978 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00252282-M-0019395114-20100825

0023575747A 1

34475431

304816

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

39116-D2 26/08/1986 16/06/1986
Tarjeta No. Fecha de Expedición Fecha de Gracia

GUSTAVO ALBERTO
HERRERA AVILA

19395114
Cédula

VALLE
Consejo Seccional

MILITAR NUEVA GRANAD
Universidad



Francisco Escobar Heniquez
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

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

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351173382

PÓLIZA No: 435 -87 - 994000000039 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA			COD. AGE: 435			RAMO: 87			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
26	02	2019	25	02	2019	23:59	01	02	2020	23:59	341	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL						TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION								

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	25	02	2019	23:59	01	02	2020	23:59	341
	VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD ESTATAL - ADMINISTRATIVA ENTIDAD ESTATAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		\$ 500,000,000.00	
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		500,000,000.00	

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

RENOVACION-
VIGENCIA : 2.019- 2.020

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA :

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - ESE CENTRO 2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - ESE CENTRO 2
UBICACION DEL RIESGO ASEGURABLE: MUNICIPIO DE ROSAS 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: 351 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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

CONDICIONES GENERALES:
Según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI v.2.

MODALIDAD DE COBERTURA:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****12,050,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****2,292,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****14,357,350
---	---	---	---------------------------------	---

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000435117338 **FIRMA TOMADOR**

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

CADB25790E08FF7D57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 87

Nº POLIZA: 994000000039 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

TEXTO ITEM 1

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 09 de febrero de 2018. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

AMPARO BÁSICO:

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

" 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 \$20.000.000 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:

Personal médico autorizado para ejercer su profesión dentro del establecimiento médico:

Numero de Camas :

Número de pacientes atendidos en el año: aprox.

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 Periodo de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

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

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 87

No PÓLIZA: 994000000039 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

TEXTO ITEM 1

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.

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 Asegurado para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurado.
- " 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 para 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
4351173382

PÓLIZA No: 435 -87 - 994000000039 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA			COD. AGE: 435			RAMO: 87			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
28	02	2020	01	02	2020	23:59	01	02	2021	23:59	366	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD ESTATAL - ADMINISTRATIVA**
ENTIDAD ESTATAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		\$ 500,000,000.00	
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		500,000,000.00	

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

EMISION DE RENOVACION
VIGENCIA 2020-2021

TOMADOR: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO 2.**
ASEGURADO: **Cargos y/o funcionarios expresamente mencionados en la solicitud de seguro y caratula de la póliza.**
BENEFICIARIO: **Terceros afectados, y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**
ACTIVIDAD DEL TOMADOR: **Hospital público**
VIGENCIA: **Un año, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas local**

OBJETO:
Otorgar cobertura a las pérdidas y/o daños con ocasión a la Responsabilidad Civil de los Miembros de Junta Directiva y Administradores, por los perjuicios causados a terceros y/o a la entidad, como consecuencia de faltas de gestión cometidas en el desempeño de sus funciones, siempre y cuando tales perjuicios sean cometidos a título de culpa.

CONDICIONES GENERALES:
Clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 06/03/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-16-DOOI V.3 y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001047000.

MODALIDAD DE COBERTURA:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****15,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****2,852,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****17,867,850
---	---	---	---------------------------------	---

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)00000000007000435117338 **FIRMA TOMADOR**

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

CADB25790C0FF87E5D **CLIENTE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 87

No PÓLIZA: 994000000039 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

TEXTO ITEM 1

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 del 01 de Febrero de 2019. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:

- " Detrimento Patrimonial causado a Terceros: cobertura al 100% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia.
- " Detrimento Patrimonial causado al Estado, por actos incorrectos de los funcionarios Asegurados, y por los cuales se les siga o deba seguir una Acción de Repetición o de Llamamiento en Garantía con Fines De Repetición: cobertura al 100% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia.
- " Detrimento Patrimonial derivado de un proceso de responsabilidad fiscal; cobertura al 100% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia.
- " Indemnización por Muerte, Incapacidad, Insolvencia y/o Quiebra del Asegurado: cobertura al 100% del valor asegurado total de la póliza por evento y vigencia.

AMPAROS ADICIONALES:

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

- " Honorarios y/o Gastos de Defensa: sublimitado así:
- " Persona por Proceso: Cop \$ 5.000.000.
- " Evento: Cop \$ 10.000.000
- " Vigencia: Cop \$40.000.000.
- " Caucciones Judiciales: Sublímite de Cop \$10.000.000 evento y Cop \$20.000.000 vigencia.
- " Costos y Gastos del Proceso: Según texto Condiciones Generales (clausulado) de la póliza Aseguradora Solidaria de Colombia.
- " Costas del Proceso: Según texto Condiciones Generales (clausulado) de la póliza Aseguradora Solidaria de Colombia.

CARGOS AMPARADOS:

Según formulario y/o solicitud de seguro completamente diligenciada, fechada y firmada, suministrada por la entidad, se amparan los siguientes cargos:

Director - DIRECTOR.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- " Extensión del Período de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 100% de la prima anual cobrada inicialmente.
- " Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
- " Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
- " No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.
- " Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.
- " Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
- " Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
- " Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
- " Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.
- " Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.
- " 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.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 87

No PÓLIZA: **994000000039** ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

TEXTO ITEM 1

DEDUCIBLES:

- " Gastos de Defensa: sin aplicación de deducible
- " Demás Coberturas: sin aplicación de deducible

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (clausulado) del seguro, están las siguientes:

- " Reclamaciones o litigios pendientes a la fecha de inicio de vigencia.
- " Circunstancias, demandas que estén o debieran estar cubiertos bajo otra póliza como: Responsabilidad Civil Profesional, Responsabilidad Civil Errores y Omisiones (E&O), Responsabilidad Civil Contractual, Responsabilidad Civil Extracontractual, Manejo, Infidelidad y Riesgos Financieros, Commercial Crime, Sustracción, y demás relacionadas.
- " Se excluyen las demandas del Estado en calidad de accionista.
- " Exclusión de demandas del asegurado contra el asegurado.
- " Exclusión de pérdidas amparadas bajo otros seguros.
- " Exclusión de fallas en el suministro.
- " Exclusión de Convenios Colectivos y Uniones o Sindicatos Laborales.
- " Exclusión de bancarrota e Insolvencia.
- " Oferta Futura de cualquier tipo.
- " No se cubren Gastos de Defensa cuando el demandado sea la entidad.

CONDICIONES:

- " No constituyen reclamaciones de carácter laboral amparadas bajo la presente póliza las que tengan por objeto el reconocimiento de salarios, prestaciones, indemnizaciones y demás retribuciones o compensaciones de carácter económico emanadas de un contrato de trabajo.
- " Los Gastos de Defensa penal se pagarán por reembolso, una vez dictado el fallo de primera instancia, siempre y cuando el funcionario asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso, en idéntica forma se procederá en relación con la segunda instancia si la hubiere.
- " No se cubren Gastos de Defensa cuando el demandado sea la entidad.
- " Todos los honorarios profesionales de los abogados se pagarán de acuerdo con los sublímites que se hubieren fijado en la póliza.
- " Se entenderá por evento una sola reclamación por una misma causa, en donde pueden estar comprometidos varios empleados del asegurado. La cuantía se refiere al presunto detrimento fiscal causado por los servidores públicos.
- " No se ampara cualquier reclamación de terceros que surgen o provengan de un hecho, circunstancia o evento de advertencia el cual induciría a una persona razonable a creer que podría dar resultado a un reclamo de un tercero donde tal hecho, circunstancia o evento el asegurado estaba advertido previamente a la fecha de retroactividad.
- " Para procesos ante Fiscalía, se hará reembolso de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.
- " Cobertura para cualquier directivo pasado, presente y futuro, de acuerdo con los cargos asegurados.
- " Para que exista cobertura del amparo de gastos judiciales se entenderá que las reclamaciones se encuentran cubiertos cuando los procesos se encuentran en las siguientes etapas:
 - " Para procesos de responsabilidad fiscal cuando se notifique la apertura del proceso de responsabilidad fiscal, contra cualquiera de los funcionarios asegurados.
 - " Los procesos penales con la notificación de la citación a indagatoria.
 - " En los procesos civiles con la notificación de la demanda.
 - " En los procesos administrativos disciplinarios cuando se profiera el auto de apertura de investigación.
 - " Responsabilidad transferida por muerte, incapacidad e insolvencia de los funcionarios asegurados.

AMBITO TERRITORIAL:

- " Cobertura: La cobertura otorgada por esta póliza opera exclusivamente respecto de reclamaciones o procesos adelantados en Colombia o en el exterior por autoridades colombianas.
- " Jurisdicción Aplicable: colombiana.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351173382

PÓLIZA No: 435 -87 - 994000000039 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA			COD. AGE: 435			RAMO: 87			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
28	01	2021	01	02	2021	23:59	01	02	2022	23:59	365	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD ESTATAL - ADMINISTRATIVA ENTIDAD ESTATAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		\$ 500,000,000.00	
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		500,000,000.00	

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

RENOVACION-
VIGENCIA : 2021-2022

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA :

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - ESE CENTRO 2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - ESE CENTRO 2
UBICACION DEL RIESGO ASEGURABLE: MUNICIPIO DE ROSAS 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: 351 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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

CONDICIONES GENERALES:
Según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI v.2.

MODALIDAD DE COBERTURA:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****15,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****2,852,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****17,867,850
---	---	---	---------------------------------	---

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000435117338

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

FIRMA TOMADOR MDDURAN 0

CADB25790B0EF97658 CLIENTE

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 SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 87

No PÓLIZA: 994000000039 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

TEXTO ITEM 1

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 09 de febrero de 2018. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

AMPARO BÁSICO:

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

" 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 \$20.000.000 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:

Personal médico autorizado para ejercer su profesión dentro del establecimiento médico:

Numero de Camas :

Número de pacientes atendidos en el año: aprox.

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 período doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

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

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 87

No PÓLIZA: 994000000039 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

TEXTO ITEM 1

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.

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 Asegurado para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurado.
- " 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 para 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.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351173986

PÓLIZA No: 435 -88 - 99400000019 ANEXO:0

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

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
27	02	2019	25	02	2019	23:59	01	02	2020	23:59	341	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
25	02	2019	23:59	01	02	2020	23:59	341
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

RENOVACION-
VIGENCIA : 2.019- 2.020

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA :

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - ESE CENTRO 2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - ESE CENTRO 2
UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: MUNICIPIO DE ROSAS 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

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****12,050,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****2,292,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****14,357,350
---	---	---	---------------------------------	---

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000435117398 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADB25790E08FF7757 CLIENTE DCERTUCHE 0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

Compañía de Seguros

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: 994000000019 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

VIGENCIA: 351 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO DEL SEGURO:

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

CONDICIONES GENERALES:

Según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI v.2.

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga será a partir del 09 de febrero de 2018. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad al inicio de esta póliza.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

AMPARO BÁSICO:

- " Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.
- " 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 \$20.000.000 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:

Personal médico autorizado para ejercer su profesión dentro del establecimiento médico:

Numero de Camas :

Número de pacientes atendidos en el año: aprox.

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:

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: 994000000019 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

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

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

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

EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

" Responsabilidad civil 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.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351173986

PÓLIZA No: 435 -88 - 99400000019 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA			COD. AGE: 435			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
28	02	2020	01	02	2020	23:59	01	02	2021	23:59	366	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

RENOVACION-
VIGENCIA : 2.020- 2.021

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA :

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2
UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: CRA 8 # 17-52 BUGA
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****15,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ****2,852,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****17,867,850
---	---	--	---------------------------------	---

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000435117398 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADB25790C0FF87E5E CLIENTE DCERTUCHE 0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

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: **994000000019** ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

NIVEL DE COMPEJIDAD: I y II

VIGENCIA: Un año, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir de Diciembre 19 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 anteriormente al inicio de esta póliza.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

AMPARO BÁSICO:

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

" Gastos de Defensa: Sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así;

Por proceso; \$5.000.000 / por Evento \$20.000.000

" Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: Sublímite de \$ 20.000.000 por evento/ vigencia.

" Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.

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

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 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.

INFORMACION SOBRE PLANTA Y PERSONAL:

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

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

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: 994000000019 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Extensión del Período de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 100% de la prima anual cobrada inicialmente.

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

" Cláusula de Renovación Automática con Revisión de Términos; Mediante la presente cláusula se acuerda entre el presente seguro se renovará de manera automática, siempre que no se presente cambios en la información aportada en el formulario (proposal form del año 2019), y que la siniestralidad no exceda el 50% de las primas facturadas en la vigencia.

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

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

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

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

EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

" Gastos de Defensa, Cautiones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV.

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 anamnesis, 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

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: **994000000019** ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" 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.

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 para 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.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351173986

PÓLIZA No: 435 -88 - 99400000019 ANEXO:2

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

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
28	01	2021	01	02	2021	23:59	01	02	2022	23:59	365	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION**

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

RENOVACION-
VIGENCIA : 2021-2022

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA :

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2
UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: CRA 8 # 17-52 BUGA
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****15,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****2,852,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****17,867,850
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%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 EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000435117398

FIRMA TOMADOR

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

CADB25790B0EF97656

CLIENTE

MDDURAN 0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: **994000000019** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

NIVEL DE COMPEJIDAD: I y II

VIGENCIA: Un año, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir de Diciembre 19 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 anteriormente al inicio de esta póliza.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

AMPARO BÁSICO:

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

" Gastos de Defensa: Sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así;

Por proceso; \$5.000.000 / por Evento \$20.000.000

" Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: Sublímite de \$ 20.000.000 por evento/ vigencia.

" Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.

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

" Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 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.

INFORMACION SOBRE PLANTA Y PERSONAL:

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

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

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: 994000000019 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Extensión del Período de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 100% de la prima anual cobrada inicialmente.

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

" Cláusula de Renovación Automática con Revisión de Términos; Mediante la presente cláusula se acuerda entre el presente seguro se renovará de manera automática, siempre que no se presente cambios en la información aportada en el formulario (proposal form del año 2019), y que la siniestralidad no exceda el 50% de las primas facturadas en la vigencia.

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

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

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

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

EXCLUSIONES:

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

" Asegurado contra Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

" Gastos de Defensa, Cautiones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV.

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

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: **994000000019** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" 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.

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 para 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.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351173986

PÓLIZA No: 435 -88 - 99400000019 ANEXO:3

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

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
01	02	2022	01	02	2022	23:59	01	02	2023	23:59	365	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS			
01	02	2022	23:59	01	02	2023	23:59	365			
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE		A LAS		VIGENCIA HASTA		A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO -2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO -2
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: **CARRERA 3 No 1-09 MUPIO ROSAS CAUCA.**

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

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: **DIEZ (10)**

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****20,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****3,802,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****23,817,850
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%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 EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000435117398 **FIRMA TOMADOR**

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

CADB25790A08FF7C56

Agora 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: **994000000019** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

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/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de: Diciembre 19 de 2.016, 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 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$5.000.000.

o Por Evento: COP \$20.000.000.

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

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

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

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

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

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

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: 994000000019 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

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

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

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

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

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

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

" Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

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

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

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

" Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente cláusula 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 Exguatur en Colombia.

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

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

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

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

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

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

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

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: **994000000019** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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:

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: **994000000019** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

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

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 para 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.

DISPOSICIONES FINALES:

- "
- " Forma de Pago: treinta (30) días, una vez iniciada la vigencia de la presente póliza.

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: **994000000019** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA, LA RENOVACION DE LA MISMA EN TODAS SUS PARTES, LO ANTERIOR SOLICITADO POR EL ASEGURADO.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351173986

PÓLIZA No: 435 -88 - 99400000019 ANEXO:4

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

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
03	02	2023	01	02	2023	23:59	01	02	2024	23:59	365	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

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

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
01	02	2023	23:59	01	02	2024	23:59	365
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

RENOVACION : 2023-2024
TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO -2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO -2
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: **CARRERA 3 No 1-09 MUPIO ROSAS CAUCA.**

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

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: **DIEZ (10)**

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****25,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****4,752,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****29,767,850
---	---	---	---------------------------------	---

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)00000000007000435117398 **FIRMA TOMADOR**

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

CADB2579080AFE765B

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000019 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

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/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de: Diciembre 19 de 2.016, 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 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$5.000.000.

o Por Evento: COP \$20.000.000.

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

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

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

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

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

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: 994000000019 ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

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 Exqatur en Colombia.

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

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

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

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

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

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

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: **994000000019** ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

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,

- 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
- 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
- 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.
- 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:

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: **994000000019** ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

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

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.

DISPOSICIONES FINALES:

- "
- " Forma de Pago: treinta (30) días, una vez iniciada la vigencia de la presente póliza.

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: **994000000019** ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA, LA RENOVACION DE LA MISMA EN TODAS SUS PARTES, LO ANTERIOR SOLICITADO POR EL ASEGURADO.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351173986

PÓLIZA No: 435 -88 - 99400000019 ANEXO:5

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

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
30	01	2024	01	02	2024	23:59	01	02	2025	23:59	366	15	01	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS			
01	02	2024	23:59	01	02	2025	23:59	366			
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE		A LAS		VIGENCIA HASTA		A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

DIRECCIÓN: **CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER** CIUDAD: **ROSAS, CAUCA** TELÉFONO: **6028254114**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **ROSAS**

DIRECCION: **CARRERA 3 No. 1-9**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

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

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

BENEFICIARIOS
NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

RENOVACION : 2024-2025
TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO -2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO -2
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: **CARRERA 3 No 1-09 MUPIO ROSAS CAUCA.**

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

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: **DIEZ (10)**

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****30,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****5,700,000	TOTAL A PAGAR: \$ *****35,700,000
---	---	---	---------------------------------	---

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)00000000007000435117398 **FIRMA TOMADOR**

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

CADB2579060AF97B59

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Agora 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: 994000000019 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

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/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de: Diciembre 19 de 2.016, 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 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:

o Por Proceso: COP \$5.000.000.

o Por Evento: COP \$20.000.000.

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

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

AMPAROS ADICIONALES:

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

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

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

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

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

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

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: 994000000019 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

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 Exqatur en Colombia.

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

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

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

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

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

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

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: **994000000019** ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

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,

- 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
- 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
- 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.
- 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:

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: **994000000019** ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

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

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 para 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.

DISPOSICIONES FINALES:

- "
- " Forma de Pago: treinta (30) días, una vez iniciada la vigencia de la presente póliza.

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: **994000000019** ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.471-8**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA, LA RENOVACION DE LA MISMA EN TODAS SUS PARTES, LO ANTERIOR SOLICITADO POR EL ASEGURADO.

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

INTRODUCCIÓN

DE CONFORMIDAD CON LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, EN ADELANTE EL ASEGURADO, CUYA VERACIDAD CONSTITUYE CAUSA DETERMINANTE PARA LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; Y DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO TAMBIÉN EN SUS CLÁUSULAS ADICIONALES, ESPECIALES Y ENDOSOS QUE LE SEAN APLICABLES Y, EN LO NO DISPUESTO EN ELLAS, A LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA; **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPAÑÍA, CONVIENE EN AMPARAR AL ASEGURADO CONTRA LOS RIESGOS QUE SON OBJETO DE COBERTURA EN LA MISMA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SIGUIENTES:

ARTÍCULO 1° - OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

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

**SECCIÓN I - AMPARO BÁSICO - RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES**

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

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

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
2. DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN
7. INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
11. DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO, INCLUYENDO ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE 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 DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
44. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
45. USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.
48. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AUN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS.

SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

49. ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.
50. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
51. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.
52. QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.
53. CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL

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

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

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

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

SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

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

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

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

3. GASTOS DE DEFENSA

LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN TÁCITA DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

3.1. HONORARIOS DE DEFENSA

HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADOS QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

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

EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA, SI LA HUBIERE.

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

PARA QUE OPERE ESTA COBERTURA LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR A LA COMPAÑÍA TODAS LAS PRUEBAS A SU ALCANCE, TALES COMO PERO NO LIMITADAS A LAS SIGUIENTES:

3.1.1. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADO CON EL ABOGADO.

3.1.2. CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL ABOGADO DE LOS PAGOS QUE HUBIERE RECIBIDO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONCEPTO DE LOS HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS.

3.1.3. CONSTANCIA DEL RESPECTIVO DESPACHO JUDICIAL CON INDICACIÓN DE LAS ACTUACIONES SURTIDAS CON PRESENCIA DEL ABOGADO.

3.2. COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCER DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA NO ESTÁ OBLIGADA A OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE, SINO A RECONOCER EL COSTO QUE SU CONSTITUCIÓN GENERA, EL CUAL SE PAGARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

3.3. COSTAS DEL PROCESO

AUN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR EL ASEGURADO CUANDO LA SENTENCIA DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA RESULTE DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE LA COMPAÑÍA. LO ANTERIOR SALVO QUE LA CAUSAL DE RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA, PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE LA COMPAÑÍA.

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

SECCIÓN II – AMPAROS ADICIONALES

MEDIANTE ACUERDO EXPRESO ENTRE LAS PARTES Y SUJETO A QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA PRIMA ADICIONAL ACORDADA, ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR:

1. PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES

LA PRESENTE COBERTURA DARÁ DERECHO AL ASEGURADO, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DE EXTENDER LA COBERTURA HASTA POR UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS, PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O FORMULEN CONTRA EL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ, CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO LOS PRESTADOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA.

LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES SE RIGE POR LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES, EXCLUSIONES Y LÍMITES ASEGURADOS DEL ÚLTIMO PERÍODO DURANTE EL CUAL ESTUVO VIGENTE LA PÓLIZA, DE MANERA QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN PRESENTADA EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DENTRO DEL PERÍODO EXTENDIDO SE CONSIDERARÁ COMO PRESENTADA DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD QUE OPERA PARA ESTE PERÍODO EXTENDIDO SERÁ EL QUE CONTINÚE DISPONIBLE A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA.

EL OTORGAMIENTO DE ESTE AMPARO NO SUPONE DE NINGUNA FORMA UN REINSTALAMIENTO DEL LÍMITE ASEGURADO.

EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA IMPLICA LA CONDICIÓN PREVIA QUE SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, Y SE PAGUE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO.

SIN EMBARGO, ESTA EXTENSIÓN NO PROCEDERÁ EN NINGÚN CASO CUANDO LA PÓLIZA HAYA TERMINADO AUTOMÁTICAMENTE POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUNA GARANTÍA A CARGO DEL ASEGURADO, O POR MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, LA COMPAÑÍA:

1.1. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.

1.2. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.

1.3. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO EXTENDIDO OTORGADO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DE ESTE AMPARO, INCLUIDO EL TÉRMINO PREVISTO PARA ADQUIRIRLO Y EL PAGO DE LA PRIMA, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA CAUSADA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS.

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE CONTEMPLA LA PÓLIZA, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INSTITUCIONAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES COMETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O EN ANEXO A ELLA, EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO FUERA DE LAS INSTALACIONES DONDE PRESTA LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y/O PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA INSTITUCIÓN PARA PRESTAR LOS SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LAS INSTALACIONES Y HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS., Y QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PALIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE EL MISMO SEA CONTRATADO.

CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

3. POSESIÓN Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALES

NO OBSTANTE, LO CONSIGNADO EN EL NUMERAL 29 DEL ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES, MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE

SEAN DECLARADOS RESPONSABLES COMO RESULTADO DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE:

3.1. EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO

- 3.1.1. EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA.
- 3.1.2. EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER).
- 3.1.3. EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA.
- 3.1.4. EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER.

3.2. EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS NECESARIAS, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS EQUIPOS Y MATERIAS NO SE HALLEN SUJETOS A UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.

PARA QUE SE OTORQUE ESTA COBERTURA ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

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

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

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

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL PERJUICIO PATRIMONIAL QUE EL ASEGURADO DEBA INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEA DECLARADO RESPONSABLE, ORIGINADA EN LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL CONFORME A FORMULA MÉDICA Y, ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

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

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

5. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTA COBERTURA SE CUBREN LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES CAUSADOS

POR MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 3 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE Y NO ESPECIALES A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 2.2 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, Y/O PERSONAL DE APOYO DE LA INSTITUCIÓN, QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, SIEMPRE Y CUANDO LOS PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBRE IGUALMENTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE, CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD INDIRECTA DERIVADA DEL USO DE SUS PREDIOS, APARATOS Y EQUIPOS ESPECIALES Y NO ESPECIALES Y/O PERSONAL DE APOYO POR PARTE DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ADSCRITOS, PROVISIONALES, SUSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES.

6. AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

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

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

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

7. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL ASEGURADO, HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN CORPORAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PRESENTE PALIZA.

ARTÍCULO 4° - UNIDAD DE EVENTO

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

PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA LA RECLAMACIÓN DE UNA PÉRDIDA SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR PRIMERA VEZ POR LA CLÍNICA, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD ASEGURADO EN LA FECHA EN QUE ÉSTE HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES, SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

CUANDO LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS HAYAN DADO AVISO A LA COMPAÑÍA DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN, SI TAL RECLAMACIÓN LLEGARE EFECTIVAMENTE A FORMULARSE CONTRA LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR ÉSTA EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE FUE DADO EL AVISO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.

ARTÍCULO 5° - RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

A. LÍMITE POR EVENTO

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ES EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA DERIVADA DE UN MISMO SINIESTRO, EN RELACIÓN CON TODOS LOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES AMPARADOS POR LA PÓLIZA.

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE POR EVENTO.

DICHAS RECLAMACIONES SE CONSIDERARÁN PRESENTADAS POR PRIMERA VEZ EN LA FECHA EN QUE LA PRIMERA DEL CONJUNTO DE RECLAMACIONES HAYA SIDO PRESENTADA SIN IMPORTAR SI TAL FECHA TUVO LUGAR DURANTE O CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA. EN TODO CASO, EL CONJUNTO DE RECLAMACIONES NO ESTARÁ CUBIERTO SI ES ANTERIOR A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA.

ASÍ MISMO, LA SERIE DE ACTOS MÉDICOS QUE SON O ESTÁN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA, SITUACIÓN O EVENTO, SE CONSIDERARÁN UN MISMO ACTO, Y CONSTITUIRÁN UN SOLO DAÑO Y/O GASTOS LEGALES, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE RECLAMANTES Y/O RECLAMACIONES FORMULADAS. LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR DICHOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES, NO EXCEDERÁ EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

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

CUANDO EN UNA CLÁUSULA O AMPARO ADICIONAL SE ESTIPULE UN SUBLÍMITE POR PERSONA O POR EVENTO O POR VIGENCIA, TAL SUBLÍMITE SERÁ EL LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN QUE SE LE APLIQUE A DICHA COBERTURA, EL CUAL HARÁ PARTE DE LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA.

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, COSTAS, GASTOS, INTERESES Y HONORARIOS DERIVADOS DE TODOS LOS RECLAMOS A CONSECUENCIA DE DISTINTOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES Y/O EVENTOS, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; NO EXCEDERÁ DEL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES.

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

ARTÍCULO 6° - LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

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

DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

DE OTORGARSE EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES DESCRITO EN LA NUMERAL 1 SECCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

- B. PARA LAS COBERTURAS RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDAS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

ARTÍCULO 7° - BASES PARA EL CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA, EL IMPORTE BASE DE LA INDEMNIZACIÓN BAJO LOS ALCANCES DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA CORRESPONDERÁ A:

- A. LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO HAYA EFECTIVAMENTE PAGADO A TERCEROS EN VIRTUD DE UNA SENTENCIA JUDICIAL EJECUTORIADA O DE UNA TRANSACCIÓN EXPRESAMENTE AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.
- B. EL MONTO PAGADO POR CONCEPTO DE COSTAS Y GASTOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES A QUE FUERA SENTENCIADO EL ASEGURADO EN EL MISMO JUICIO MENCIONADO EN EL LITERAL ANTERIOR.
- C. LOS HONORARIOS Y GASTOS PAGADOS POR EL ASEGURADO A LOS ABOGADOS QUE HUBIEREN PARTICIPADO EN SU DEFENSA JUDICIAL, EN LA MEDIDA QUE LA COMPAÑÍA HAYA APROBADO LA DESIGNACIÓN DE LOS ABOGADOS Y LAS CONDICIONES DE SU CONTRATACIÓN.
- D. LOS PAGOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS, A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, U OTROS, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA.

EL IMPORTE RESULTANTE DE LA SUMATORIA DE A, B, C Y D, INCLUYENDO LOS INTERESES LEGALES QUE CORRESPONDAN, MÁS LOS GASTOS PAGADOS DIRECTAMENTE POR LA COMPAÑÍA A CLÍNICAS, HOSPITALES, FUNERARIAS, ABOGADOS, ASESORES, U OTROS, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. CUALQUIER EXCESO SERÁ DE CARGO DEL ASEGURADO.

ARTÍCULO 8° - DEDUCIBLE

LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

ARTÍCULO 9° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O DE TENER CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE

PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN CASO QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER ACTO MÉDICO QUE PUEDA RAZONABLEMENTE DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA, DEBERÁN:

1. DAR NOTICIA A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, LA RECLAMACIÓN O LA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.
2. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA.
3. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE LA COMPAÑÍA, Y MANTENER A LA COMPAÑÍA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS, ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.
4. SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN RELATIVA A:
 - 4.1. LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO POR LAS CUALES EL ASEGURADO TUVO CONOCIMIENTO POR PRIMERA VEZ DE LA POSIBLE RECLAMACIÓN.
 - 4.2. LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS
 - 4.3. LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO
 - 4.4. LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO,
 - 4.5. LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.
5. NO ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
6. INFORMAR A LA COMPAÑÍA, DE LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACIÓN DE LA ASEGURADORA Y DE LA SUMA ASEGURADA DE LOS MISMOS. EL INCUMPLIMIENTO MALICIOSO DE LA OBLIGACIÓN DE DECLARAR SEGUROS COEXISTENTES, CONLLEVARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO CONFORME LO PRECEPTUADO EN EL ARTÍCULO 1076 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

ARTÍCULO 10° - DERECHOS DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

CUANDO OCURRA UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PODRÁ:

1. COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MÉDICA Y ECONÓMICAMENTE LOS DAÑOS CORPORALES SUFRIDOS POR EL PACIENTE, PARA DETERMINAR LA CAUSA Y SECUELAS DE LOS MISMOS, PARA LO CUAL PODRÁ DESIGNAR UNO O MÁS EXPERTOS, EXAMINAR LA PRUEBA INSTRUMENTAL Y REALIZAR LAS INDAGACIONES NECESARIAS.

2. INFORMARSE DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS O JUDICIALES MOTIVADAS O RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO, O CONSTITUIRSE EN PARTE EN EL PROCESO CIVIL, PENAL O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL.
3. PRACTICAR AUDITORIA MÉDICO-LEGAL DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, ASÍ COMO DE LA APLICACIÓN, UTILIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
4. BENEFICIARSE CON TODOS LOS DERECHOS, EXCEPCIONES Y ACCIONES QUE FAVOREZCAN AL ASEGURADO Y LIBERARSE DE RESPONSABILIDAD EN LA MISMA PROPORCIÓN EN QUE SE LIBERE EL ASEGURADO.

LAS FACULTADES CONFERIDAS A LA COMPAÑÍA POR ESTA CONDICIÓN PODRÁN SER EJERCIDAS POR ELLA EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS EL ASEGURADO, EL PACIENTE O SUS CAUSAHABIENTES NO HAYAN RENUNCIADO A CUALQUIER RECLAMACIÓN.

ARTÍCULO 11° – DEFENSA

LA COMPAÑÍA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL NUMERAL 3.1 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

SI LA COMPAÑÍA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBERÁ REEMBOLSAR A LA COMPAÑÍA LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS.

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

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

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO LA COMPAÑÍA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DEL ASEGURADO, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTE EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE EL ASEGURADO PUEDA NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

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

ARTÍCULO 12° - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO QUEDARÁN PRIVADOS DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTO; SI EN APOYO DE ELLA, SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SI SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.
2. CUANDO AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO OMITEN MALICIOSAMENTE INFORMAR DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES E INTERESES ASEGURADOS.
3. CUANDO RENUNCIEN A SUS DERECHOS CONTRA LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 13° - COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE QUE EL AMPARO OTORGADO POR ESTA PÓLIZA CONCURRA CON EL OTORGADO POR OTRAS PÓLIZAS QUE AMPAREN EL MISMO RIESGO, LA COMPAÑÍA SÓLO SERÍA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN EXCESO DEL MONTO CUBIERTO POR LOS DEMÁS SEGUROS CONTRATADOS. EN EL EVENTO DE EXISTIR EN DICHAS PÓLIZAS UNA CLÁUSULA EN EL SENTIDO AQUÍ EXPRESADO, SE APLICARÁN LAS REGLAS REFERENTES A LA COEXISTENCIA DE SEGUROS, PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1.092 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CON ARREGLO A LAS CUALES, LOS DIVERSOS ASEGURADORES DEBERÁN SOPORTAR LA INDEMNIZACIÓN EN PROPORCIÓN A LA CUANTÍA DE SUS RESPECTIVOS CONTRATOS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ACTUADO DE BUENA FE.

ARTÍCULO 14° - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO O AL BENEFICIARIO CUALQUIER MONTO DEBIDO BAJO ESTA PÓLIZA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, EN UN TODO DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1077 Y 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ARTÍCULO 15° - SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1096 A 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

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

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

ARTÍCULO 16° - DISTRIBUCIÓN

EN EL EVENTO EN QUE UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, DE LUGAR A UN DAÑO CUBIERTO Y AL MISMO TIEMPO UN DAÑO NO CUBIERTO, EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA DISTRIBUIRÁN DICHO

DAÑO Y GASTOS LEGALES EN LA MISMA PROPORCIÓN EN LA QUE SE DISTRIBUYA LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE LAS PARTES.

CUALQUIER DISTRIBUCIÓN O ANTICIPO DE GASTOS LEGALES EN RELACIÓN CON UNA RECLAMACIÓN NO CREARÁ PRESUNCIÓN ALGUNA RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE OTRO DAÑO ORIGINADO POR DICHA RECLAMACIÓN.

SI EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA NO LOGRAREN LLEGAR A UN ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS GASTOS LEGALES QUE DEBEN SER DESEMBOLSADOS PARA LA ATENCIÓN DE DICHA RECLAMACIÓN, LA COMPAÑÍA SUMINISTRARÁ LOS GASTOS LEGALES QUE CONSIDERE RAZONABLEMENTE CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA HASTA QUE SE ACUERDE O SE DETERMINE UNA DISTRIBUCIÓN DIFERENTE. UNA VEZ ACORDADA O DETERMINADA LA DISTRIBUCIÓN DE GASTOS LEGALES, ESTOS SERÁN APLICADOS DE MANERA RETROACTIVA A TODOS LOS GASTOS LEGALES YA INCURRIDOS EN RELACIÓN CON DICHA RECLAMACIÓN.

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

ARTÍCULO 17° - AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

ARTÍCULO 18° - REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR LA COMPAÑÍA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL **ASEGURADO**, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE SESENTA (60) DÍAS COMUNES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA COMPAÑÍA.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA SE CALCULARÁ A PRORRATA SOBRE LA VIGENCIA EFECTIVA DEL SEGURO MÁS UN RECARGO DEL 10% DE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA Y LA ANUAL.

ARTÍCULO 19° - PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, EL TOMADOR DEBERÁ PROPORCIONAR A LA COMPAÑÍA, POR LO MENOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO ANTES DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA PÓLIZA, LA SOLICITUD DE SEGURO JUNTO CON LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. CON BASE EN EL ESTUDIO DE ESTA

INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA DETERMINARÁ LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA NUEVA VIGENCIA.

ARTÍCULO 20° - FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

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

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

ARTÍCULO 21° - DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR LA COMPAÑÍA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA, LA HUBIESEN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO LA COMPAÑÍA SOLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTA CONDICIÓN NO SE APLICAN SI LA COMPAÑÍA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

ARTÍCULO 22° - MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE, CONFORME AL CRITERIO CONSIGNADO EN EL INCISO PRIMERO DE LA CONDICIÓN DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL.

LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR. SI LE ES EXTRAÑA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE PREVISTOS, LA COMPAÑÍA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. PERO SÓLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

ASÍ MISMO, EL TOMADOR O EL ASEGURADO PODRÁN, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO NOTIFICAR TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE DISMINUYAN EL RIESGO, DEBIENDO POR TANTO LA COMPAÑÍA, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA SEGUNDA LA TARIFA CORRESPONDIENTE POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

ARTÍCULO 23° - DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES, LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS POR ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SE REGISTRÁN POR LO PRESCRITO EN EL TÍTULO V DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

ARTÍCULO 24° - NOTIFICACIONES

TODA INFORMACIÓN O DECLARACIÓN QUE DEBA ENTREGAR O HACER CUALQUIERA DE LAS PARTES EN DESARROLLO DE ESTE CONTRATO DEBERÁ REALIZARSE POR ESCRITO Y SER ENVIADA A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA DE LA OTRA PARTE, SIN PERJUICIO DE LO DICHO EN EL NUMERAL 1 DEL ARTÍCULO 9° DE LA PRESENTE, EN LO QUE CONCIERNE AL AVISO DE SINIESTRO.

ARTÍCULO 25° - GARANTÍAS

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

1. QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO CONVERTIRÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.
2. QUE EXIGIRÁN A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y A TODO EL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR QUE INTERVIENE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y QUE PRESTA SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN, BAJO SU DEPENDENCIA O NO:
 - 2.1. APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN N°.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES O QUE LA MODIFIQUEN, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, CON LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.
 - 2.2. IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN

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

- 2.3. VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL (ES) INTERVINIENTE(S).
- 2.4. MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
- 2.5. CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE TALES TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS. LOS ARCHIVOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEBEN CONSERVARSE EN CONDICIONES LOCATIVAS, PROCEDIMENTALES, MEDIOAMBIENTALES Y MATERIALES APROPIADAS, DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN EN LOS ACUERDOS 07 DE 1994, 11 DE 1996 Y 05 DE 1997, O LAS NORMAS QUE LOS DEROGUEN, MODIFIQUEN O ADICIONEN (ARTÍCULO 17 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE MINSALUD).
3. EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SE PRESTE UN SERVICIO MÉDICO.
4. ENTREGAR A LA COMPAÑÍA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
5. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
6. COOPERAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
7. PRESTAR A LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
8. COLABORAR CON LA COMPAÑÍA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIME NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLE TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERA.



9. PERMITIR A LA COMPAÑÍA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
10. NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
11. CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.
12. MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.
13. DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, LA COMPAÑÍA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:
 - 13.1. QUE ACORDARÁN CON LA COMPAÑÍA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.
 - 13.2. QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A LA COMPAÑÍA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.
 - 13.3. QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.
 - 13.4. QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO.

Términos y Definiciones

Asegurado o Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados

Son los establecimientos médicos asistenciales que prestan el servicio médico de salud, sea persona de derecho público o privado, declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en las condiciones particulares de la póliza.

Tomador o Institución Tomadora.

Es la persona jurídica que se designa en las condiciones particulares de esta póliza.

Beneficiario.

Dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Tercero.

Es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:

- Personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de
- Salud asegurados.
- Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
- Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes

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

Paciente.

Es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.

Acto médico.

Es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

Hecho Dañino.

Es el hecho generador de daños materiales o lesiones corporales.

Daño Material.

Es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

Lesión Corporal.

Es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

Reclamación:

- A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- B. La notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- C. la notificación realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un acto médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

Servicios Profesionales en la Atención de la Salud de los Pacientes

Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Pretensión Indemnizatoria.

Es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.

Fecha de Retroactividad

Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o eventos. esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y la compañía. en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.

Guerra

Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o conmoción civil, levantamiento, poder militar o usurpado.

Terrorismo

Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PARA SERVIDORES PÚBLICOS CONDICIONES GENERALES

INTRODUCCIÓN

DE CONFORMIDAD CON LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y/O 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 DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS RELACIONADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, 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 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. PÉRDIDAS O DAÑOS CAUSADOS POR ACTOS DOLOSOS O CRIMINALES COMETIDOS POR EL TOMADOR, LOS ASEGURADOS O BENEFICIARIOS.
2. DAÑOS O PÉRDIDAS OCASIONADAS POR INCURRIR EL ASEGURADO EN FALTAS, ERRORES U OMISIONES NO DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU CARGO. BIEN SEA QUE LAS MISMAS CONSTITUYAN O NO FALTAS DISCIPLINARIAS, AL TENOR DE LO DISPUESTO POR LA LEY 734 DE 2002 Y/O LA LEY 1474 DE 2011.
3. LA DEVOLUCIÓN POR PARTE DE LOS ASEGURADOS, DE CUALQUIER REMUNERACIÓN QUE LES HAYA SIDO PAGADA O QUE ELLOS HAYAN PAGADO A FAVOR DE CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA, CUANDO DICHO PAGO SEA CONSIDERADO ILEGAL; ASÍ COMO CUALQUIER TIPO DE VENTAJAS, BENEFICIOS O RETRIBUCIONES OTORGADAS A FAVOR DE LOS ASEGURADOS Y A CARGO DE LA ENTIDAD TOMADORA EN CONTRA DE LO DISPUESTO EN LEYES, EN DECRETOS O EN LOS ESTATUTOS O NORMAS INTERNAS DE LA ENTIDAD.
4. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE HUBIESEN SIDO OBJETO DE INDAGACIONES, INVESTIGACIONES O PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS POR EL ASEGURADO O POR LA ENTIDAD TOMADORA PREVIAMENTE A LA FECHA DE INICIACIÓN DE ESTA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE EL MISMO PODRÍA DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN, ASÍ COMO LA REAPERTURA DE

INDAGACIONES, INVESTIGACIONES O PROCESOS QUE HUBIEREN SIDO INICIADOS ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

5. ACTOS INCORRECTOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE SERVIDORES PÚBLICOS ANTERIOR A ESTA.
6. RECLAMACIONES CONTRA LOS FUNCIONARIOS, SERVIDORES PÚBLICOS, DE CUALQUIER ENTIDAD ADSCRITA, VINCULADA, QUE SE BASE EN CUALQUIER FALTA EN LA GESTIÓN OCURRIDA ANTES DE LA FECHA EN QUE TAL ENTIDAD HUBIESE ADQUIRIDO EL CARÁCTER DE ADSCRITA O VINCULADA O CUANDO CUALQUIERA DE ELLOS NO HAYA SIDO EXPRESAMENTE ASEGURADO POR LA COMPAÑÍA.
7. ACTUACIONES DE FUNCIONARIOS DESVINCULADOS DE LA ENTIDAD TOMADORA ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.
8. DAÑOS, PÉRDIDAS O FALTANTES CAUSADOS POR DEPRECIACIÓN O OTORGAMIENTO DE CRÉDITOS Y RECUPERACIÓN DE CARTERA.
9. INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE CARÁCTER CONTRACTUAL ADQUIRIDA POR LOS ASEGURADOS, DISTINTAS DE LAS INHERENTES A LAS RESPONSABILIDADES DE ADMINISTRACIÓN, ADQUIRIDAS EN SU CARÁCTER DE SERVIDORES PÚBLICOS. SE EXCLUYEN TAMBIÉN TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONTRATOS QUE SE ENCUENTREN AMPARADOS POR PÓLIZAS DE CUMPLIMIENTO.
10. GARANTÍAS O AVALES PERSONALES OTORGADOS POR LOS ASEGURADOS.
11. MULTAS O SANCIONES PENALES O ADMINISTRATIVAS IMPUESTAS A LA ENTIDAD TOMADORA O A LOS ASEGURADOS, CONTRIBUCIONES POLÍTICAS SEAN NACIONALES O EXTRANJERAS, DONACIONES, FAVORES O BENEFICIOS A CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA.
12. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS ASEGURADOS, LA ENTIDAD TOMADORA Y/O DE CUALQUIER ENTIDAD ADSCRITA O VINCULADA A LA ENTIDAD TOMADORA.
13. GASTOS DE DEFENSA Y EN GENERAL CUALESQUIERA OTRAS EROGACIONES A QUE HUBIERE LUGAR POR RAZÓN DE INVESTIGACIONES O PROCESOS EN GENERAL ADELANTADOS POR ÓRGANOS DE CONTROL INTERNO DE LA ENTIDAD TOMADORA.
14. GASTOS Y COSTOS JUDICIALES CUANDO EL DEMANDADO SEA LA ENTIDAD TOMADORA DE LA PÓLIZA, NI LAS INDEMNIZACIONES POR CONDENAS EN CONTRA DE LA ENTIDAD TOMADORA, SIN QUE PREVIAMENTE SE HUBIESE DECLARADO LA RESPONSABILIDAD DE ALGÚN ASEGURADO.
15. LA VIOLACIÓN DE CUALQUIER DISPOSICIÓN LEGAL QUE IMPONGA OBLIGACIONES A CARGO DE LA ENTIDAD TOMADORA DERIVADAS DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES SOCIALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL.
16. PENSIONES, PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS O PROGRAMAS DE BENEFICIOS, ESTABLECIDOS EN TODO O EN PARTE A FAVOR DE LOS ADMINISTRADORES O DIRECTORES DE LA ENTIDAD.
17. ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL. LESIONES PERSONALES, ENFERMEDAD O MUERTE, Y EL DAÑO MORAL CAUSADO A CUALQUIER PERSONA.
18. INJURIA, CALUMNIA, ATENTADO AL HONOR, INTIMIDAD O PROPIA IMAGEN, DESEQUILIBRIO EMOCIONAL.

19. MERMAS, DIFERENCIA DE INVENTARIOS, DESAPARICIONES, DESTRUCCIONES O DAÑOS QUE SUFRAN LOS BIENES O VALORES DE LA ENTIDAD TOMADORA POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO PÉRDIDA DE USO DE LOS MISMOS.

TAMPOCO SE CUBRIRÁN LOS DAÑOS O PÉRDIDAS QUE SUFRA CUALQUIER TIPO DE BIENES TANGIBLES DE PROPIEDAD DE TERCEROS.

20. LESIONES O DAÑOS CAUSADOS POR AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE, AERONAVES, EMBARCACIONES, MAQUINARIA PESADA Y SIMILARES DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO O LA ENTIDAD TOMADORA QUE SE HALLEN TRANSITORIA O PERMANENTEMENTE A SU SERVICIO.

21. DAÑOS CAUSADOS POR ASBESTOS EN ESTADO NATURAL O POR SUS PRODUCTOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS RESULTANTES DE OPERACIONES Y ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN EXPOSICIÓN A FIBRAS DE AMIANTO.

ADEMÁS, DAÑOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACIÓN, FILTRACIÓN O POLUCIÓN DE CUALQUIER CLASE DEL MEDIO AMBIENTE, POR OTRAS ALTERACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO O POR RUIDO.

22. REACCIÓN NUCLEAR, EXPLOSIONES NUCLEARES, RADIACIÓN IONIZANTE O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA CAUSADA POR COMBUSTIBLE NUCLEAR O RESIDUOS NUCLEARES PROVENIENTES DE LA REACCIÓN DE MATERIAS NUCLEARES.

23. GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (EXISTA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, HUELGA, CONMOCIÓN CIVIL, GOLPE DE ESTADO CIVIL O MILITAR, LEY MARCIAL, ASONADA O CONFISCACIÓN O DESTRUCCIÓN POR CUALQUIER ACTO DE AUTORIDAD GUBERNAMENTAL O PÚBLICA LEGÍTIMAMENTE CONSTITUIDA.

24. LAVADO DE ACTIVOS, RECEPCIÓN, LEGALIZACIÓN U OCULTAMIENTO DE BIENES PROVENIENTES DE ACTIVIDADES ILEGALES O EL PRODUCTO DE LA ENAJENACIÓN DE ÉSTOS.

25. INFRACCIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.

26. PERJUICIOS CAUSADOS POR O RELATIVOS AL SILENCIO ADMINISTRATIVO POSITIVO.

27. ACCIONES DE TUTELA.

28. UTILIZACIÓN INDEBIDA DE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y CONFLICTOS DE INTERÉS.

29. LA FALTA DE CONTRATACIÓN O LA CONTRATACIÓN DEFICIENTE O INSUFICIENTE DE SEGUROS.

30. QUE EL ASEGURADO O LA ENTIDAD TOMADORA HAYAN CELEBRADO ACUERDOS, TRANSACCIONES O CONCILIACIONES CON TERCEROS O HAYAN RECONOCIDO SU RESPONSABILIDAD SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

31. GASTOS Y COSTOS DE DEFENSA EN QUE SE INCURRA POR PARTE DE LOS ASEGURADOS EN LAS ETAPAS PRELIMINARES DE TODA INVESTIGACIÓN O PROCESO SIN QUE HAYAN SIDO FORMALMENTE VINCULADOS AL MISMO.

32. EL USO O EL USO INDEBIDO DE INTERNET O SERVICIO SIMILAR; INTERNET SIGNIFICA LA RED INFORMÁTICA PÚBLICA MUNDIAL DE COMPUTADORAS COMO EXISTE ACTUALMENTE O SE PUEDA MANIFESTAR EN EL FUTURO, INCLUYENDO INTERNET, UNA INTRANET, UNA EXTRANET O UNA RED PRIVADA VIRTUAL. LA TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE DATOS U OTRA INFORMACIÓN; CUALQUIER CÓDIGO MALICIOSO, VIRUS DE COMPUTADORA O

PROBLEMA SIMILAR EL USO O EL USO INDEBIDO DE CUALQUIER DIRECCIÓN DE INTERNET, SITIO WEB, SISTEMA DE COMPUTACIÓN, RED DE COMPUTADORAS O SERVICIO SIMILAR; CUALQUIER DATO U OTRA INFORMACIÓN PUBLICADA EN UN SITIO WEB, INTERNET, INTRANET, RED DE ÁREA LOCAL, RED PRIVADA VIRTUAL O SERVICIO SIMILAR; CUALQUIER PÉRDIDA Y/O DAÑO DE DATOS, O DAÑO A CUALQUIER SISTEMA DE COMPUTACIÓN, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, EQUIPOS O SOFTWARE (SALVO QUE ESA PÉRDIDA Y/O DAÑO FUERA CAUSADA POR UN PELIGRO CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE); EL FUNCIONAMIENTO O MALFUNCIONAMIENTO DE INTERNET, INTRANET, RED DE ÁREA LOCAL, RED PRIVADA VIRTUAL O SERVICIO SIMILAR, O DE CUALQUIER DIRECCIÓN DE INTERNET, SITIO WEB O SERVICIO SIMILAR (SALVO QUE ESE MALFUNCIONAMIENTO FUERA CAUSADO POR UN PELIGRO CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE); O CUALQUIER VIOLACIÓN, YA SEA INTENCIONAL O NO INTENCIONAL, DE CUALQUIER DERECHO DE PROPIEDAD INTELECTUAL (INCLUIDOS ENTRE OTROS, LOS DERECHOS DE MARCAS COMERCIALES, COPYRIGHT (DERECHOS DE AUTOR) O DE PATENTES).

33. CUALQUIER NEGOCIO, TANTO REAL COMO SUPUESTO, Y DE CUALQUIER NATURALEZA, CUYO OBJETIVO SEA INFLUENCIAR EL PRECIO DE, O NEGOCIAR, LAS ACCIONES Y/O OBLIGACIONES DE CUALQUIER COMPAÑÍA, O DE CUALQUIER PRODUCTO ALIMENTICIO, MATERIA PRIMA, MERCADERÍA O DIVISA O DE CUALQUIER INSTRUMENTO NEGOCIABLE, A MENOS QUE DICHO NEGOCIO SE HUBIERE LLEVADO A CABO DE ACUERDO CON LAS LEYES, REGLAMENTOS Y DEMÁS REGLAS APLICABLES AL MISMO.
34. CUALQUIER ALEGACIÓN DE QUE ALGÚN ASEGURADO SE HUBIESE BENEFICIADO IMPROCEDENTEMENTE NEGOCIANDO VALORES BURSÁTILES APROVECHANDO INDEBIDAMENTE INFORMACIÓN DE LA QUE NO DISPUSIERAN OTROS VENDEDORES Y COMPRADORES DE DICHS VALORES.
35. GESTIONES DE, O CONSEJOS RELACIONADOS CON, LA ADMINISTRACIÓN DE PATRIMONIOS AUTÓNOMOS U OPERACIONES DE FIDUCIA O "TRUST".
36. LA DEPRECIACIÓN O PÉRDIDA SUFRIDA POR CUALQUIER INVERSIÓN CUANDO DICHA DEPRECIACIÓN O PÉRDIDA SEA EL RESULTADO DE LA FLUCTUACIÓN DE CUALQUIER MERCADO FINANCIERO, DE VALORES, MERCADERÍAS O CUALESQUIERA OTROS MERCADOS, CUANDO TAL FLUCTUACIÓN ESTÉ FUERA DEL CONTROL O INFLUENCIA DE LOS ASEGURADOS.
37. EL HECHO DE QUE LOS VALORES O MERCADERÍAS O INVERSIONES NO PRODUZCAN LOS RESULTADOS PROMETIDOS O ESPERADOS.

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 Y ADMINISTRATIVA

ORIGINADA EN EL DETRIMENTO PATRIMONIAL SUFRIDO POR EL ESTADO O POR TERCEROS, SIEMPRE QUE SEA CONSECUENCIA DE LOS ACTOS INCORRECTOS COMETIDOS POR LOS ASEGURADOS ÚNICAMENTE EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS PROPIAS DE SU CARGO, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA

RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE CONTRATADO.

BAJO ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA PAGARÁ, EN NOMBRE DE LOS ASEGURADOS LA INDEMNIZACIÓN QUE LES CORRESPONDA CUANDO SEAN DECLARADOS CIVIL, ADMINISTRATIVAMENTE O PENALMENTE RESPONSABLES DE DETRIMENTO PATRIMONIAL POR HABER COMETIDO ACTOS INCORRECTOS, EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE LOS CARGOS RELACIONADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE NUMERAL SE HACE EXTENSIVA A LOS PERJUICIOS POR LOS QUE LOS ASEGURADOS FUEREN LEGALMENTE RESPONSABLES POR HABER COMETIDO ALGÚN ACTO INCORRECTO RESPECTO DEL CUAL SE LES SIGA O DEBIERA SEGUIR, ACCIÓN DE REPETICIÓN O DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA CON FINES DE REPETICIÓN POR CULPA GRAVE, AL TENOR DE LO CONSAGRADO EN LA LEY 678 DE 2001 Y LA LEY 1474 DE 2011 (ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN).

2. RESPONSABILIDAD FISCAL

ORIGINADA EN EL DETRIMENTO PATRIMONIAL SUFRIDO POR EL ESTADO CUANDO LOS ASEGURADOS FUEREN LEGALMENTE RESPONSABLES POR HABER COMETIDO ALGÚN ACTO INCORRECTO RESPECTO DEL CUAL SE LES SIGA O DEBIERA SEGUIR UN JUICIO DE RESPONSABILIDAD FISCAL AL TENOR DE LO CONSAGRADO EN LA LEY 610 DE 2000, SIEMPRE QUE DICHOS ACTOS INCORRECTOS HUBIESEN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, Y QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE CONTRATADO.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE NUMERAL SE HACE EXTENSIVA Y AMPARA A LOS ASEGURADOS CUANDO LA RESPONSABILIDAD FISCAL POR LA COMISIÓN DE UN ACTO INCORRECTO SEA DETERMINADA MEDIANTE EL PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD FISCAL PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 97 Y 98 DE LA LEY 1474 DE 2011 (ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN).

3. COBERTURA A LOS CÓNYUGES Y HEREDEROS

LAS COBERTURAS OTORGADAS POR LOS NUMERALES 1 Y .2 PRECEDENTES SE EXTENDERÁN Y LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA CONTINUARÁ CON EL CÓNYUGE Y CON LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO SI LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DE NATURALEZA CIVIL, ADMINISTRATIVA O FISCAL SE TRANSMITE POR CAUSA DE MUERTE O INSOLVENCIA DEL ASEGURADO.

4. RECLAMACIÓN DE CARÁCTER LABORAL

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE LAS RECLAMACIONES DE CARÁCTER LABORAL QUE POR RAZÓN DE UN ACTO INCORRECTO REAL O PRESUNTO SE PRESENTEN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O EL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, EN EL CASO QUE ESTA COBERTURA HAYA SIDO CONTRATADO; CONTRA CUALQUIER ASEGURADO POR O EN NOMBRE DE OTRO ASEGURADO, AL TENOR DE LO DISPUESTO POR LAS NORMAS LEGALES VIGENTES, EN ESPECIAL POR LA LEY 1010 DE 2006.

LA COBERTURA OTORGADA POR EL PRESENTE AMPARO SE EXTIENDE A CUBRIR, EN ADICIÓN A LOS PERJUICIOS DE NATURALEZA ESTRICTAMENTE PATRIMONIAL POR LOS QUE FUERE RESPONSABLE EL ASEGURADO, SIN EXCEDER EL LÍMITE DE COBERTURA ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, EN LA MEDIDA EN QUE SEAN CUANTIFICADOS ECONÓMICAMENTE POR UNA AUTORIDAD JUDICIAL COMPETENTE.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO NO CONSTITUYEN RECLAMACIONES DE CARÁCTER LABORAL AMPARADAS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA LAS QUE TENGAN POR OBJETO EL RECONOCIMIENTO DE SALARIOS, PRESTACIONES, INDEMNIZACIONES Y DEMÁS RETRIBUCIONES O COMPENSACIONES DE CARÁCTER ECONÓMICO EMANADAS DE UN CONTRATO DE TRABAJO.

5. COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA

BAJO ESTA COBERTURA SE CUBRE A LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO CIVIL, ADMINISTRATIVO, PENAL (INCLUYENDO EL JUZGAMIENTO DE LOS DELITOS TIPIFICADOS EN LA LEY 1474 DE 2011 – ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN), FISCAL O DISCIPLINARIO Y EN GENERAL FRENTE A CUALESQUIERA TIPO DE INVESTIGACIONES ADELANTADOS EN SU CONTRA POR ORGANISMOS OFICIALES CON FUNDAMENTO EN ACTOS INCORRECTOS COMETIDOS O PRESUNTAMENTE COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS PROPIAS DE SU CARGO, DE LOS CUALES PUDIERA DERIVARSE UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA.

PARA LOS PROCESOS PENALES, LOS COSTOS Y GASTOS JUDICIALES INCURRIDOS, TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA CITACIÓN A AUDIENCIA DE FORMULACIÓN DE IMPUTACIÓN.

LOS GASTOS SE PAGARÁN POR REEMBOLSO UNA VEZ PROFERIDA SENTENCIA DEFINITIVA O FALLO QUE FINALICE EL PROCESO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HUBIERE SOLICITADO A LA COMPAÑÍA AUTORIZACIÓN PREVIA PARA INCURRIR EN DICHS GASTOS Y FUERE DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL FUESE SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

EN LAS INVESTIGACIONES DE CARÁCTER FISCAL LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA SE AUTORIZARÁN A PARTIR DEL AUTO DE APERTURA DEL PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, EFECTUÁNDOSE UN PAGO INICIAL PREVIO A QUE SE PROFIERA EL PLIEGO DE CARGOS CON IMPUTACIÓN EN FORMA POSTERIOR.

LOS COSTOS Y GASTOS INCURRIDOS SE PAGARÁN POR REEMBOLSO UNA VEZ DICTADO EL FALLO RESPECTIVO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL HECHO POR EL CUAL SEA ENCONTRADO RESPONSABLE NO TUVIERE CARÁCTER DOLOSO.

EN LOS DEMÁS CASOS LOS GASTOS DE DEFENSA SE RECONOCERÁN AL MOMENTO DE SU APROBACIÓN POR LA COMPAÑÍA, HASTA EL MONTO AUTORIZADO DE LOS MISMOS, APROBACIÓN QUE DEBERÁ SURTIRSE EN TODOS LOS CASOS DE FORMA PREVIA A CUALQUIER ACUERDO QUE REALICE EL ASEGURADO CON SU ABOGADO.

TRATÁNDOSE DE LAS INVESTIGACIONES DISCIPLINARIAS CONSAGRADAS EN LA LEY 734 DE 2002, ASÍ COMO DE INVESTIGACIONES FISCALES, ESTA COBERTURA OPERARÁ A PARTIR DEL AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACIÓN, EXCEPTO EN CASOS EN LOS CUALES SE OTORQUE COBERTURA EXPRESA PARA INSTANCIAS PREVIAS, EVENTO EN EL CUAL SE ENTENDERÁ INICIADA LA INVESTIGACIÓN DESDE LA FECHA DE LA RESOLUCIÓN O AUTO QUE ORDENA LA APERTURA DE LA RESPECTIVA INSTANCIA PRELIMINAR.

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

LA COBERTURA DE COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA SE EXTIENDE A AQUELLOS EN QUE SE INCURRA POR PARTE DE LOS ASEGURADOS EN DESARROLLO DE UN PROCESO DE ACCIÓN DE REPETICIÓN O LLAMAMIENTO EN GARANTÍA CON FINES DE REPETICIÓN QUE INICIE LA EMPRESA TOMADORA CONTRA ELLOS.

5.1. HONORARIOS DE DEFENSA

SON LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADO QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DEL FUNCIONARIO ASEGURADO, INCLUSO ANTE DESACATOS DE FALLOS DE TUTELA, QUE DEBERÁN SER PREVIAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA PARA QUE OPERE LA COBERTURA.

5.2. COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

SON LOS COSTOS EN QUE INCURRAN LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES NECESARIAS COMO CONSECUENCIA DE RECLAMACIONES CUBIERTAS BAJO ESTA PÓLIZA, SIEMPRE QUE SE TRATE DE:

- A. CAUCIONES EN PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
- B. CAUCIONES JUDICIALES REQUERIDAS PARA GARANTIZAR LA LIBERTAD PROVISIONAL DEL FUNCIONARIO ASEGURADO EN PROCESOS PENALES.
- C. CAUCIONES EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES EN PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA.

5.3. COSTAS DEL PROCESO

CORRESPONDE A LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS CUANDO LA SENTENCIA HAYA SIDO DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE LA COMPAÑÍA.

EN EL CASO DE SER CONDENADO EL ASEGURADO A PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN A LA VÍCTIMA EN CANTIDAD SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA, LOS GASTOS Y COSTAS DEL PROCESO CORRERÁN POR CUENTA DE LA COMPAÑÍA ÚNICAMENTE EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA POR LA CONDENA EN FUNCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

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 A LA ENTIDAD TOMADORA, 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 INICIADAS CONTRA LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS, QUE SE RECIBAN O FORMULEN POR PRIMERA VEZ, CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE ACTOS INCORRECTOS OCURRIDOS DURANTE LA 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 LOS FUNCIONARIOS 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 TOMADOR Y/O 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 LA ENTIDAD TOMADORA 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. ENTIDADES ADSCRITAS O VINCULADAS

LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A LOS FUNCIONARIOS DE LAS ENTIDADES ADSCRITAS O VINCULADAS A LA ENTIDAD TOMADORA QUE TENGAN LA CALIDAD DE SERVIDORES PÚBLICOS Y QUE SE HAYAN INCLUIDO COMO TALES EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O ANEXOS DE LA PÓLIZA.

LA COBERTURA SE EXTENDERÁ A LOS FUNCIONARIOS DE LAS ENTIDADES QUE TENGAN LA CALIDAD DE SERVIDORES PÚBLICOS, QUE EN EL FUTURO LLEGUEN A SER ADSCRITAS O VINCULADAS A PARTIR DE LA ACEPTACIÓN ESCRITA DE LA COMPAÑÍA. EN ESTE EVENTO LA COBERTURA QUEDARÁ SUPEDITADA AL PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y/O A LA MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES QUE LA COMPAÑÍA CONSIDERE PERTINENTE REALIZAR.

3. ABSORCIÓN, FUSIÓN O TRASLADO DE FUNCIONES.

EN CASO DE QUE LA ENTIDAD TOMADORA SEA ABSORBIDA O FUSIONADA O QUE LAS FUNCIONES QUE DESARROLLA SEAN TRASLADADAS A OTRA AUTORIDAD, LA COBERTURA TERMINARÁ, SIN NECESIDAD DE PREVIO AVISO, A PARTIR DE LA ABSORCIÓN, FUSIÓN O TRASLADO DE FUNCIONES.

EN EL CASO DE TRASLADO PARCIAL DE FUNCIONES, LA TERMINACIÓN DE LA COBERTURA OPERARÁ RESPECTO DE LAS QUE DEJEN DE ESTAR BAJO LA COMPETENCIA DE LA ENTIDAD TOMADORA. SI LAS FUNCIONES DE LA ENTIDAD TOMADORA SON MODIFICADAS DE MANERA QUE IMPLIQUE AGRAVACIÓN DEL RIESGO, SE DEBERÁ PROCEDER SEGÚN LO PREVISTO PARA ESA CIRCUNSTANCIA EN EL ARTÍCULO 15° - CONSERVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO DE ESTA PÓLIZA. SI SE AGREGAN FUNCIONES, SE PROCEDERÁ DE LA MISMA FORMA Y LA COBERTURA RESPECTO DE LAS NUEVAS FUNCIONES QUEDA CONDICIONADA A LA APROBACIÓN ESCRITA DE LA COMPAÑÍA Y AL PAGO DE UNA PRIMA ADICIONAL SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

4. SERVIDORES PÚBLICOS DESVINCULADOS DE LA ENTIDAD TOMADORA

CON SUJECCIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTA COBERTURA SE CUBRE A LOS FUNCIONARIOS QUE HUBIEREN ESTADO ASEGURADOS PERO QUE SE ENCUENTREN DESVINCULADOS DE LA ENTIDAD TOMADORA PARA EL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE LA RECLAMACIÓN EN SU CONTRA, SIEMPRE Y CUANDO DICHA RECLAMACIÓN SEA CONOCIDA POR ELLOS, O ELLOS DEBIERAN CONOCER QUE HABRÍA DE SER FORMULADA EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y, LOS ACTOS INCORRECTOS COMETIDOS EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES HAYAN OCURRIDO CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

5. GASTOS DE DEFENSA PARA INSTANCIAS PREVIAS

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL NUMERAL 5 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE ASEGURADO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE, BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE ABOGADO QUE SE CAUSEN EN LA DEFENSA DEL FUNCIONARIO ASEGURADO EN LA ETAPA DE INDAGACIÓN PRELIMINAR SURTIDA CON ANTELACIÓN A LA APERTURA DE LA ETAPA DE INVESTIGACIÓN, O EN TRATÁNDOSE DE PROCESOS PENALES, CON ANTELACIÓN A LA RESOLUCIÓN DE ACUSACIÓN O LA CITACIÓN A AUDIENCIA DE FORMULACIÓN DE IMPUTACIÓN, SEGÚN EL PROCEDIMIENTO DE QUE SE TRATE.

ARTÍCULO 4° - LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

LA RESPONSABILIDAD AMPARADA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LOS FUNCIONARIOS 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 INCORRECTO 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 PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES DESCRITO EN LA NUMERAL 1 SECCIÓN II DEL ARTICULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA, SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LOS MIEMBROS DE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LAS FALTAS EN LA GESTIÓN HAYAN OCURRIDO DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

ARTÍCULO 5° - LIMITE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA OPERA EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE RECLAMACIONES ADELANTADAS EN EL TERRITORIO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

ARTÍCULO 6° - UNIDAD DE EVENTO

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, PROCESOS INICIADOS O FUNCIONARIOS ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO INCORRECTO, O DE UNA SERIE DE ACTOS INCORRECTOS QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADAS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA O SITUACIÓN, SE CONSIDERARÁN UN MISMO EVENTO.

LA RECLAMACIÓN DE UNA PÉRDIDA SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR PRIMERA VEZ POR EL FUNCIONARIO 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 LA ENTIDAD TOMADORA O LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS HAYAN DADO AVISO A LA COMPAÑÍA DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN, SI TAL RECLAMACIÓN LLEGARE EFECTIVAMENTE A FORMULARSE CONTRA ALGÚN FUNCIONARIO ASEGURADO, SE CONSIDERARÁ CONOCIDA POR ÉSTE EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE FUE DADO EL AVISO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.

ARTÍCULO 7° - 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 INVESTIGACIONES Y/O PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UNA MISMA FALTA EN LA GESTIÓN ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE POR EVENTO.

ASÍ MISMO, CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE RECLAMANTES, INVESTIGACIONES Y/O PROCESOS INICIADOS O FUNCIONARIOS ASEGURADOS VINCULADOS O DECLARADOS RESPONSABLES, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UNA SERIE DE ACTOS INCORRECTOS QUE SE ENCUENTREN TEMPORAL, LÓGICA O CAUSALMENTE CONECTADAS 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 LA COMPAÑÍA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA NO EXCEDERÁ EL 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, INVESTIGACIONES Y/O PROCESOS INICIADOS O FUNCIONARIOS 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.

ARTÍCULO 8° - 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.

EL IMPORTE RESULTANTE DE LA SUMATORIA DE A, B, Y C, 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 9° - DEDUCIBLE

LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA LOS DEDUCIBLES FIJADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

SE APLICARÁN SEPARADAMENTE A LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS BAJO CADA UNA DE LAS COBERTURAS PARA LAS QUE SE ESTABLEZCAN LOS MISMOS. NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE DESCONTARÁ UN SOLO DEDUCIBLE A LA PÉRDIDA RESULTANTE DE TODAS LAS RECLAMACIONES AMPARADAS BAJO UNA MISMA COBERTURA Y QUE PROVENGAN DE UN MISMO ACTO INCORRECTO O ACTOS INCORRECTOS INTERRELACIONADOS.

EL PAGO DE CUALQUIER INDEMNIZACIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA REDUCIRÁ, EN EL MONTO PAGADO, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE ÉSTA BAJO LA PRESENTE PÓLIZA.

ARTÍCULO 10° - OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADOS EN CASO DE SINIESTRO

1. EN CASO DE SINIESTRO O DE TENER CONOCIMIENTO DE RECLAMACIONES O EN GENERAL DE ACTOS INCORRECTOS, LOS ASEGURADOS Y/O LA ENTIDAD TOMADORA, SEGÚN CORRESPONDA, ESTÁN OBLIGADOS A:
 - 1.1. ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS QUE FAVOREZCAN SU DEFENSA FRENTE A CUALQUIER RECLAMACIÓN, DEBIENDO MOSTRARSE TAN DILIGENTE COMO SI NO EXISTIERA SEGURO.
 - 1.2. DAR NOTICIA A LA COMPAÑÍA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL FORMULADA EN SU CONTRA O CONTRA CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS. LA NOTICIA DEBERÁ DARSE DENTRO DE LOS (30) TREINTA DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER DICHA SITUACIÓN.
 - 1.3. NO ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR ACABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE LOS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.
2. SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, UN ASEGURADO O LA ENTIDAD TOMADORA TUVIEREN CONOCIMIENTO DE CUALQUIER HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR LUGAR RAZONABLEMENTE EN EL FUTURO, A UN SINIESTRO O A GENERAR UNA RECLAMACIÓN, LOS ASEGURADOS Y/O LA ENTIDAD TOMADORA, SEGÚN FUERE EL CASO, ESTARÁN IGUALMENTE OBLIGADOS A CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL NUMERAL 1. PRECEDENTE.

EN CASO QUE CON POSTERIORIDAD A TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EFECTIVAMENTE SE FORMALICE UNA RECLAMACIÓN DERIVADA DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE FUERON NOTIFICADOS A LA COMPAÑÍA EN LA FORMA ESTABLECIDA EN ESTE NUMERAL, DICHA RECLAMACIÓN SE CONSIDERARÁ PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN EL MISMO MOMENTO EN QUE LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE LA ORIGINARON FUERON DEBIDAMENTE NOTIFICADOS O AVISADOS A LA COMPAÑÍA RAZÓN POR LA CUAL LA COBERTURA PROCEDERÁ BAJO LA PÓLIZA QUE SE ENCONTRABA VIGENTE EN ESE MOMENTO.

3. EN CASO DE SINIESTRO, LOS ASEGURADOS O LA ENTIDAD TOMADORA, SEGÚN CORRESPONDA, DEBERÁN INFORMAR A LA COMPAÑÍA, DE LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACIÓN DE LA ASEGURADORA Y DE LA SUMA ASEGURADA.
4. EN CASO DE QUE EL TERCERO DAMNIFICADO EXIJA DIRECTAMENTE A LA COMPAÑÍA INDEMNIZACIÓN POR LOS DAÑOS OCASIONADOS POR LOS ASEGURADOS, EL ASEGURADO CUYA RESPONSABILIDAD PRESUNTA HAYA ORIGINADO EL RECLAMO, DEBERÁ PROPORCIONAR TODAS LAS INFORMACIONES Y PRUEBAS PERTINENTES QUE LA COMPAÑÍA SOLICITE CON RELACIÓN A LA OCURRENCIA DEL HECHO Y LA CUANTÍA QUE MOTIVA LA ACCIÓN DEL TERCERO PERJUDICADO.
5. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER DE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES POR PARTE DE LA ENTIDAD TOMADORA Y/O DEL ASEGURADO, SEGÚN FUERE, LEGITIMARÁ A LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR EL ARTÍCULO 1078 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, PARA DEDUCIR DEL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE DICHO INCUMPLIMIENTO LE HUBIERE CAUSADO.

ARTÍCULO 11° - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL FUNCIONARIO ASEGURADO QUEDARÁ PRIVADO 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 12° - 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 13° - 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 COMPAÑÍA 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.

ARTÍCULO 14° - DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

LA ENTIDAD TOMADORA Y/O LOS ASEGURADOS ESTÁN OBLIGADOS 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 LA EMPRESA TOMADORA Y/O LOS ASEGURADOS HAN 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 15° - CONSERVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

LA ENTIDAD TOMADORA Y/O LOS ASEGURADOS, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTROS 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 1º DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL.

LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTA DEPENDE DEL ARBITRIO DE LA ENTIDAD TOMADORA Y/O DE LOS ASEGURADOS. SI LE ES EXTRAÑA, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS CONSIGNADOS EN EL INCISO ANTERIOR, 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, DE LA ENTIDAD TOMADORA Y/O LOS ASEGURADOS DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA PARA RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

ASÍ MISMO, LA ENTIDAD TOMADORA O LOS ASEGURADOS 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 16° - DEFENSA

LA COMPAÑÍA, PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO, PAGARÁ LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE INCURRAN LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN FORMULADA EN SU CONTRA SEGÚN SE INDICA EN EL NUMERAL 5 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3º DE LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE DEN ORIGEN A LAS RECLAMACIONES NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O EXCLUIDOS DE ELLA.

SI LA COMPAÑÍA LLEGARE A DESEMBOLSAR COSTOS Y GASTOS, INCLUIDOS LOS GASTOS DE REPARACIÓN DE IMAGEN Y PUBLICIDAD, QUE CON POSTERIORIDAD SE DETERMINASE QUE NO

ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS DEBERÁN 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, LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS QUEDAN AUTORIZADOS PARA REALIZAR LOS GASTOS RAZONABLES QUE FUEREN NECESARIOS PARA PROTEGER EVIDENCIA O RESGUARDAR SU POSICIÓN FRENTE A EVENTUALES RECLAMACIONES, SI POR LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTEN LOS HECHOS NO FUERE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA DE MANERA OPORTUNA. SERÁ OBLIGACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS Y NO DE LA COMPAÑÍA ASUMIR LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN.

LA COMPAÑÍA 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 LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS, LA DEFENSA Y LAS NEGOCIACIONES TENDIENTES A OBTENER UNA CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN DE LAS RECLAMACIONES, O A FORMULAR EN NOMBRE DE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS Y EN SU PROPIO BENEFICIO, DEMANDA DE RECONVENCIÓN O LLAMAMIENTO EN GARANTÍA CON EL FIN DE OBTENER COMPENSACIÓN POR PARTE DE TERCEROS.

LA COMPAÑÍA NO CONCILIARÁ NI TRANSIGIRÁ RECLAMACIÓN ALGUNA SIN EL CONSENTIMIENTO DE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS. SIN EMBARGO, SI ÉSTOS SE REHÚSAN 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 DE FUNCIONARIO ASEGURADO.

EN CASO DE QUE EN EJERCICIO DE SU DERECHO LA COMPAÑÍA HAYA ASUMIDO LA DEFENSA DEL FUNCIONARIO ASEGURADO, SERÁ IGUALMENTE SU DERECHO DEVOLVERLE A ÉSTE EL CONTROL DE LA DEFENSA DE LA RECLAMACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE PERTINENTE, SIN QUE EL FUNCIONARIO ASEGURADO PUEDA NEGARSE A RETOMAR DICHA DEFENSA.

ARTÍCULO 17° - DISTRIBUCIÓN DE GASTOS DE DEFENSA

EN EL EVENTO DE QUE MEDIANTE UNA MISMA ACCIÓN LEGAL INICIADA POR RAZÓN DE LA COMISIÓN DE UN ACTO INCORRECTO, AMPARADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, SE DEMANDE SIMULTÁNEA O SUCESIVAMENTE A LA ENTIDAD TOMADORA Y A UNO O MÁS FUNCIONARIOS, LA ENTIDAD TOMADORA Y LA COMPAÑÍA ACORDARÁN UNA DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE LOS GASTOS DE DEFENSA ENTRE ASEGURADOS, EXCLUYENDO A LA ENTIDAD TOMADORA.

EN IGUAL FORMA PROCEDERÁN CUANDO SE TRATE DE UNA MISMA ACCIÓN LEGAL QUE INVOLUCRE RESPONSABILIDADES CUBIERTAS Y RESPONSABILIDADES NO CUBIERTAS BAJO LA PÓLIZA.

LA SUMA A CARGO DE LA COMPAÑÍA NO EXCEDERÁ EN NINGÚN CASO DE LA PARTE DE LOS HONORARIOS ACORDADOS, EQUIVALENTE A LA PROPORCIÓN EXISTENTE ENTRE EL NÚMERO DE ASEGURADOS DEMANDADOS Y EL NÚMERO TOTAL DE DEMANDADOS.

LO CONSIGNADO EN LA PRESENTE CLÁUSULA NO SERÁ APLICABLE A LOS CASOS EN QUE LA ENTIDAD TOMADORA Y LA COMPAÑÍA ASUMAN POR SEPARADO LA DEFENSA RESPECTIVA.

ARTÍCULO 18° - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA 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 SUJECIÓN A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 1077 Y 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ARTÍCULO 19° - 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 LOS MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA Y/O ADMINISTRADORES ASEGURADOS CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO.

TANTO LA EMPRESA TOMADORA COMO LOS MIEMBROS DE JUNTA Y/O ADMINISTRADORES 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 LOS MIEMBROS DE JUNTA Y/O ADMINISTRADORES 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 LOS MIEMBROS DE JUNTA Y/O ADMINISTRADORES ASEGURADOS.

ARTÍCULO 20° - 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 TREINTA (30) 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 21° - PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE. PARA SOLICITAR SU RENOVACIÓN, LA ENTIDAD TOMADORA 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 22° - DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES, LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS POR ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SE REGIRÁN POR LO PRESCRITO EN EL TÍTULO V DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

ARTÍCULO 23° - 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 10° DE LA PRESENTE, EN LO QUE CONCIERNE AL AVISO DE SINIESTRO.

Términos y Definiciones

Funcionarios Asegurados

Para los efectos de todas las coberturas de este seguro, siempre que así se indique expresamente en las condiciones particulares u otro documento anexo a la presente póliza, estarán asegurados los servidores públicos que desempeñen algunas de las siguientes funciones y/o cargos:

- A.** Los miembros de la junta directiva, consejo directivo y las demás personas, que tengan o hubieren tenido o llegasen a tener la calidad de servidores públicos vinculados en cargos de nómina de la entidad tomadora, durante la vigencia de la póliza o del período de retroactividad otorgado bajo la misma, cuyos cargos se encuentren relacionados en las condiciones particulares u otro documento anexo a la presente póliza.

Son igualmente asegurados quienes, teniendo la calidad de servidores públicos, no formen parte de la nómina de la entidad tomadora, pero trabajen al servicio de esta, siempre que se encuentren expresa y taxativamente relacionados en las condiciones particulares u otro documento anexo a la presente póliza.

En aquellas pólizas expedidas a entidades en las cuales no opere el concepto de servidor público tendrá la calidad de asegurado aquellos cargos directivos que se encuentren expresamente relacionados en las condiciones particulares de la póliza u otro documento anexo.

Los funcionarios que habiendo estado asegurados se hubieren desvinculado de la entidad tomadora para el momento en que se presente la reclamación en su contra, serán asegurados bajo la póliza siempre que se contrate el amparo correspondiente.

- B.** Los servidores públicos que de acuerdo con las responsabilidades impuestas por el artículo 9 de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción) desarrollen funciones de control interno y siempre que se haya solicitado su aseguramiento en la solicitud de seguro y así haya quedado expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza.

- C.** Los servidores públicos que ostenten la calidad de asesores y consultores externos de la entidad tomadora cuando incurran en responsabilidad por los perjuicios que le causen a la entidad tomadora de acuerdo con lo previsto por el artículo 82 la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción) y siempre que se haya solicitado su aseguramiento en la solicitud de seguro y así haya quedado expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza.

- D.** Los servidores públicos que ostenten la calidad de interventores de contratos dentro de la entidad tomadora siempre que estén vinculados a esta bien sea por una relación legal y reglamentaria o por un contrato laboral cuando incurran en responsabilidad por los perjuicios que le causen a la entidad tomadora de acuerdo con lo previsto por la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción) y siempre que se haya solicitado su aseguramiento en la solicitud de seguro y así haya quedado expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza.

En el caso que durante la vigencia de la póliza se produzca por disposición legal o reglamentaria un cambio en la denominación de los cargos expresamente relacionados en las condiciones particulares de la póliza u homologación de los mismos, la cobertura se extenderá en forma automática a los nuevos cargos y a los funcionarios asegurados que los desempeñen siempre que se haya notificado expresamente a la compañía el cambio de denominación con una antelación no inferior a quince (15) días.

Servidor Público

Toda persona natural que, en calidad de empleado público, trabajador oficial o en cualquier otro carácter al tenor de lo dispuesto por la ley 734 de 2002, preste servicios a la entidad tomadora, siempre y cuando su cargo se encuentre específicamente relacionado en las condiciones particulares u otro documento anexo a la presente póliza.

Entidad Tomadora

es la persona jurídica de naturaleza pública que en calidad de tomador se designa en las condiciones particulares de esta póliza y a cuyo servicio se desempeñan los funcionarios asegurados.

Entidades Adscritas o Vinculadas

Entidades que de acuerdo con la ley tengan ese carácter respecto de la entidad tomadora, siempre que estén indicadas en las condiciones particulares o anexos de esta póliza o que adquieran tal calidad durante la vigencia de la póliza y haya sido informado expresamente a la compañía, y esta aceptó su inclusión.

Tercero

Persona o entidad distinta de la entidad tomadora incluyendo los órganos de control disciplinario o fiscal que sufre daños y perjuicios indemnizables de acuerdo con los amparos de la presente póliza. tendrán así mismo el carácter de terceros los socios o accionistas y

los acreedores sociales de la entidad tomadora. en forma excepcional la entidad tomadora tendrá la condición de beneficiario del seguro cuando actúe en ejercicio de la acción de repetición prevista en la ley 678 de 2001 en contra del funcionario asegurado.

Acto Incorrecto

Acción u omisión imputable a uno o varios funcionarios asegurados, contraria a las normas de comportamiento que se imponen a los servidores públicos, cometidas en el desempeño de las funciones propias de su cargo, siempre y cuando tales acciones u omisiones no tengan el carácter de doloso.

Reclamación

- A.** La notificación escrita a los funcionarios asegurados de un auto de apertura de investigación preliminar (cuando esta cobertura se contrate expresamente) o de investigación disciplinaria en su contra, como consecuencia de un acto incorrecto cometido o presuntamente cometido por éstos.
- B.** La notificación escrita a los funcionarios asegurados de un auto de apertura de investigación preliminar (cuando esta cobertura se contrate expresamente) o de investigación fiscal en su contra, como consecuencia de un acto incorrecto cometido o presuntamente cometido por éstos.
- C.** Toda investigación preliminar (cuando esta cobertura se contrate expresamente), investigación o proceso penal en contra de los funcionarios asegurados (con calidad de indiciados) como consecuencia de un acto incorrecto cometido o presuntamente cometido por éstos.
- D.** Toda demanda de carácter civil, arbitral o administrativo en contra de los funcionarios asegurados como consecuencia de un acto incorrecto cometido o presuntamente cometido por éstos.
- E.** Acción de repetición o de llamamiento en garantía con fines de repetición por culpa grave, iniciada por la entidad tomadora en contra de los funcionarios asegurados como consecuencia de un acto incorrecto cometido o presuntamente cometido por éstos al tenor de lo consagrado en la ley 678 de 2001.

Toda reclamación derivada de, basada en, que tenga su causa originaria en, a la que se atribuya, o que pueda interpretarse como derivada de un mismo acto incorrecto será considerada como una sola reclamación para los efectos de esta póliza. así mismo se entenderá que forman parte de una misma reclamación las apelaciones resultantes de los procesos arriba indicados.

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 incorrectos que dan origen a la reclamación para que ésta goce de cobertura bajo el presente seguro. si los actos incorrectos que dan origen a la reclamación ocurren con anterioridad a la fecha de retroactividad prevista en esta póliza, ésta no estará cubierta por este seguro.

Reclamación de Carácter Laboral

Reclamación presentada directamente contra cualquier asegurado y/o empleado al servicio de la empresa tomadora por o en nombre de cualquier empleado, o ex empleado al servicio de la empresa tomadora como consecuencia real o supuesta de despido ilegal, discriminación o maltrato por razones de raza, edad, sexo o religión, maltrato laboral, persecución laboral, discriminación laboral, entorpecimiento laboral, inequidad laboral, desprotección laboral y cualquier otra modalidad de acoso laboral al tenor de lo establecido en cualquier normatividad que los regule.

No constituyen reclamaciones de carácter laboral amparadas bajo la presente póliza, las que tengan por objeto el reconocimiento de salarios, prestaciones, indemnizaciones y demás retribuciones o compensaciones de carácter económico emanadas de un contrato de trabajo.

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	10591661
NOMBRES	JESUS FERNEY
APELLIDOS	GUERRERO ARTURO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	LA SIERRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/20/2025 16:54:20	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](#)