

**RV: C22-6266 RV: LLAMAMIENTO EN GARANTÍA GYO MEDICAL 76001-33-33-001-2021-00221-00**

Andrés Mauricio Paque Cárdenas <apaquec@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 22/02/2022 1:38 PM

Para: Juzgado 01 Administrativo - Valle Del Cauca - Cali <adm01cali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: luis.gomez@pygabogados.com.co <luis.gomez@pygabogados.com.co>

Cordial saludo,

Anexo constancia de radicación de documento allegado de manera digital.

Por favor no responda a este correo, este email solamente es para dar respuesta a radicación de correspondencia. Comuníquese con nosotros al email [of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co)

No. Proceso:	76001	-	33	-	33	-	001	-	2021	-	00221	-	00	Buscar Proceso
> CALI (VALLE)														
> Juzgado Administrativo														
> Administrativo Oralidad														
Información Principal   Sujetos   Secretaría   Despacho   Finalización														
Demandante	MIGUEL ANGEL ROJAS MAZORRA Y OTROS										Cédula:	1113652700		
Demandado	MINSALUD HOSPITAL RAUL OREJUELA BUEN										Cédula:	SD656565959		
Area:	0001 > Administrativo										Fecha: 19/10/2021			
Tipo de Proceso:	0001 > Ordinario										Hora: 00:00			
Clase de Proceso:	0003 > ACCION DE REPARACION										Ubicación: Correspondencia OF AM			
Subclase:	0000 > Sin Subclase de Proceso										En: 0001 > Primera Instancia			
Tipo de Recurso:	0000 > Sin Tipo de Proceso										No Ver Proceso: <input type="checkbox"/> Blnquear todo			
Despacho	01 JUZGADO 1 ADMINISTRATIVO ORAL DE CALI													

Actuación Desarrollo		X	
Actuación a Registrar		22/02/2022	
Correspondencia Of Apoyo		Registrado en	
Fecha Actuación: 22/02/2022 (dd/mm/aaaa)		Folios: <input type="text"/>	
		Cuadernos: <input type="text"/>	
Término		Calendario	
<input checked="" type="radio"/> Sin Término <input type="radio"/> Término Legal <input type="radio"/> Término Judicial		<input type="radio"/> Ordinario <input type="radio"/> Judicial	
<input type="checkbox"/> Tiene Término			
Días: <input type="text"/>			
Inicial: <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)		Final: <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)	
Anotación:			
C22-6266 -martes, 22 de febrero de 2022 9:16-LLAMAMIENTO EN GARANTÍA-2 ANEXOS-LUIS CARLOS GOMEZ NUÑEZ-AMP			
Ubicación: 0046 > Correspondencia OF AM		Aceptar Cerrar	

Atentamente,

**ANDRES MAURICIO PAQUE CARDENAS**

Oficina de Apoyo Juzgados Administrativos de Cali

Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial Cali-Valle del Cauca.



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**De:** Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>**Enviado:** martes, 22 de febrero de 2022 9:24**Para:** Andrés Mauricio Paque Cárdenas <apaquec@cendoj.ramajudicial.gov.co>**Asunto:** C22-6266 RV: LLAMAMIENTO EN GARANTÍA GYO MEDICAL 76001-33-33-001-2021-00221-00**DHORA STELLA RAMÍREZ****ÁREA DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO**

Oficina de Apoyo Juzgados Administrativos de Cali

Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial Cali-Valle del Cauca



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**De:** Luis Carlos Gomez Nuñez <luis.gomez@pygabogados.com.co>**Enviado:** martes, 22 de febrero de 2022 9:16**Para:** Oficina 02 Apoyo Juzgados Administrativos - Seccional Cali <of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>**Asunto:** LLAMAMIENTO EN GARANTÍA GYO MEDICAL 76001-33-33-001-2021-00221-00**SEÑOR****JUEZ PRIMERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI****E. S. D.**

<b>REFERENCIA:</b>	<b>REPARACIÓN DIRECTA</b>
<b>DEMANDANTE:</b>	<b>MIGUEL ANGEL ROJAS MAZORRA Y OTROS</b>
<b>DEMANDADO:</b>	<b>NACION – MIN SALUD- GYO MEDICAL Y OTROS</b>
<b>RADICACIÓN:</b>	<b>76-001-33-33-001-2021-00221-00</b>

**REFERENCIA: LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**LUIS CARLOS GOMEZ NUÑEZ**, mayor de edad, residente y domiciliado en la ciudad de Barranquilla, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.209.147 expedida en Barranquilla, portador de la T. P. No. 84.681 del C.S. de la J., muy respetuosamente me dirijo a ustedes en mi calidad de apoderado especial de la sociedad demandada **GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S. – SEDE PALMIRA**,

Adjunto: Escrito en PDF llamamiento y poliza

--

**PYG CONSULTORES ASOCIADOS**

**Teléfono: 3188451-3017401231**

SEÑOR  
JUEZ PRIMERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI  
E. S. D.

REFERENCIA:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE:	MIGUEL ANGEL ROJAS MAZORRA Y OTROS
DEMANDADO:	NACIÓN – MIN SALUD- GYO MEDICAL Y OTROS
RADICACIÓN:	76-001-33-33-001-2021-00221-00

REFERENCIA: LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

**LUIS CARLOS GOMEZ NUÑEZ**, mayor de edad, residente y domiciliado en la ciudad de Barranquilla, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.209.147 expedida en Barranquilla, portador de la T. P. No. 84.681 del C.S. de la J., muy respetuosamente me dirijo a ustedes en mi calidad de apoderado especial de la sociedad demandada **GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S. – SEDE PALMIRA**, con domicilio en esta ciudad, representada legalmente por el señor **OSVALDO ENRIQUE DE LA ROSA TORRES**, por medio del presente escrito acudo a su Despacho y estando dentro del término legal procedo a formular **LLAMAMIENTO EN GARANTIA** dentro de la demanda de **REPARACIÓN DIRECTA**, interpuesta por los señores **MIGUEL ANGEL ROJAS MAZORRA, LUIS GUILLERMO ROJAS MAZORRA Y ARACELLY VARGAS VALENCIA**, a la siguiente entidad:

- **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** identificada con Nit.860.009.578-6, representada legalmente por Roberto Manuel González Posada, identificado con la C.C. 9.077.675 o quien haga sus veces al momento de la vinculación.

Lo anterior con el fin de que comparezcan al proceso y en caso de que la sociedad **GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S**, deba efectuar algún pago a los demandantes como consecuencia de una eventual condena, las llamadas en garantía amparen el pago en la proporción que corresponda.

Los demandantes tienen como pretensión la reparación de los daño y perjuicios causados por la muerte de la señora **FANNY PATRICIA MAZORRA (Q.E.P.D.)** por la presunta FALLA EN EL SERVICIO, de conformidad a los siguientes hechos:

I. HECHOS COMUNES

1. Los señores **MIGUEL ANGEL ROJAS MAZORRA, LUIS GUILLERMO ROJAS MAZORRA Y ARACELLY VARGAS VALENCIA**, presentaron demanda de reparación directa en contra de mi representada a fin de que fuera declarada administrativa y patrimonialmente responsable por los PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES derivados de la presunta FALLA EN EL SERVICIO, que dio lugar al fallecimiento de la señora **FANNY PATRICIA MAZORRA (Q.E.P.D.)**.

2. Que, como consecuencia de la anterior declaración, se condene a la **NACIÓN, MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, E.P.S. EMSASSANAR, la E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO, GYO MEDICAL PALMIRA IPS S.A.S., HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO, RTS SUCURSAL PALMIRA Y HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS CALI** a lo siguiente:

- Perjuicios morales, tasados en 200 SMLMV en favor de cada uno de los señores **MIGUEL ANGEL Y LUIS GUILLERMO ROJAS MAZORRA** en calidad de hijos de la paciente fallecida. Y 200 SMLMV en favor de la señora **ARACELY VARGAS**, como madre de crianza y suegra de la señora MAZORRA (Q.E.P.D.), estimando la suma en \$544.800.000.
- Perjuicios materiales, daño emergente y lucro cesante, que se prueben dentro del presente proceso.
- Perjuicios por daño a la vida en relación tasados en 200 SMLMV, en favor de cada uno de los demandantes.

## **II. HECHOS ESPECIFICOS - SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

1. Mi representada suscribió póliza de responsabilidad civil profesional N°85-03-101003394 vigente desde las 24 horas del 02 de noviembre de 2019 hasta el 02 de noviembre de 2020, en donde el riesgo amparado contempla la responsabilidad civil profesional por la prestación de los servicios de salud.
2. Que por disposición legal esta póliza de responsabilidad civil profesional médica y extrapatrimonial debe ser renovada anualmente, tal como se realizó con SEGUROS DEL ESTADO S.A.
3. Teniendo en cuenta que el Deceso de la señora **FANNY PATRICIA MAZORRA (Q.E.P.D.)**, encontrándose en vigencia la póliza suscrita con la llamada en garantía, es la empresa de seguros denominada SEGUROS DEL ESTADO S.A., NIT 860.009.578-6, y que se verá afectada si la sentencia proferida en el presente proceso llegare a ser condenatoria, siendo esta aseguradora la encargada de asumir, en la proporción que corresponda, el pago de los perjuicios materiales y morales solicitados por los demandantes, en virtud del contrato de seguro número 85-03-101003394, de forma total o en la proporción a que haya lugar en atención a la condena.

## **III. PROCEDENCIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

Lo que se pretende con el llamamiento en garantía es introducir una nueva pretensión al proceso, que será resuelta en caso de que se considere que mi representada es responsable.

Esta institución procesal en atención al principio de economía procesal evita la necesidad de una nueva Litis para ejercer el llamado "derecho de regresión" o de "reversión", entre quien sufrió una condena y la personal legal o contractualmente obligada a correr con sus

consecuencias patrimoniales.

Por existir un contrato de seguros suscrito entre GYO MEDICAL IPS y SEGUROS DEL ESTADO S.A, consideramos que el llamamiento en garantía debe proceder por las razones de hecho expuestas en precedencia y por cuanto el mismo se solicita en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 225 del Código Contencioso Administrativo y en aplicación a la economía procesal se decida sobre la relación jurídica sustancial existente entre las partes flamantes y la parte llamada.

*ARTÍCULO 225. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA. Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.*

*El llamado, dentro del término de que disponga para responder el llamamiento que será de quince (15) días, podrá, a su vez, pedir la citación de un tercero en la misma forma que el demandante o el demandado.*

#### **IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Invoco como fundamento de derecho lo dispuesto en el artículo 225 del Código

#### **V. ANEXOS**

1. Póliza de seguros expedida por Seguros del Estado S.A.

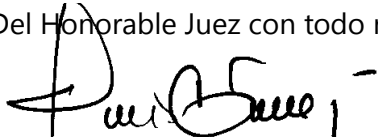
#### **VI. NOTIFICACIONES**

- Seguros del Estado S.A. en la carrera 11 N° 90- 20 [juridico@segurosdelestado.com](mailto:juridico@segurosdelestado.com)

Al suscrito: Carrera 54 No. 74 – 134 oficina 206E en la ciudad de Barranquilla – Atlántico.  
Teléfonos 3188451 - 300 312 3229. Email: [Luis.gomez@pygabogados.com.co](mailto:Luis.gomez@pygabogados.com.co) – [pygconsultoresasoc@gmail.com](mailto:pygconsultoresasoc@gmail.com)

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que desconozco la dirección de notificación personal de las representantes legales de las referidas entidades, sin embargo, las mismas podrán ser notificadas a las direcciones físicas y electrónicas de sus representadas.

Del Honorable Juez con todo respeto,



**LUIS CARLOS GÓMEZ NUÑEZ**  
**C.C. No. 72.209.147 de Barranquilla.**  
**T.P. No. 84.681 del C.S. de la Jud.**



**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
CLINICAS Y HOSPITALES**

CIUDAD DE EXPEDICION <b>BARRANQUILLA</b>	SUCURSAL <b>BARRANQUILLA</b>	TIPO DE MOVIMIENTO <b>ANEXO DE RENOVACION</b>	POLIZA No. <b>85-03-101003394</b>	ANEXO No. <b>5</b>
TOMADOR <b>GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.</b>			NIT	<b>900.386.591-2</b>
DIRECCION <b>CR 43 80 59</b>			CIUDAD <b>BARRANQUILLA, ATLANTICO</b>	TELEFONO <b>3776427</b>
ASEGURADO <b>GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.</b>			NIT	<b>900.386.591-2</b>
DIRECCION <b>CR 43 80 59</b>			CIUDAD <b>BARRANQUILLA, ATLANTICO</b>	TELEFONO <b>3776427</b>
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT	<b>0-0</b>
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>06 / 11 / 2019</b>	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>02 / 11 / 2019</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>02 / 11 / 2020</b>		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>02 / 11 / 2019</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>02 / 11 / 2020</b>	
INTERMEDIARIO <b>LAPFAURIE ELJAIK LTDA CONSULTORES Y</b>	CLAVE <b>143658</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION
<b>INFORMACION DEL RIESGO</b>				
RIESGO: 1				
ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES				
DESCRIPCION <b>PERJUICIO PATRIMONIAL</b>	AMPAROS <b>ERRORES U OMISIONES</b>	SUMA ASEGURADA <b>\$ 828,116,000.00</b>	% INVAR	SUBLIMITE
DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES				
OBJETO DE LA POLIZA:				
TOTAL SUMA ASEGURADA <b>\$ *****828,116,000.00</b>		PRIMA <b>\$ *****19,668,739.00</b>		
PLAN DE PAGO CONTADO		IVA <b>\$ *****3,737,060.00</b>		
		TOTAL A PAGAR <b>\$ *****23,405,800.00</b>		

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 58 NO. 70-136, TELÉFONO 3681078 - BARRANQUILLA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE POLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



REFERENCIA  
PAGO:  
**1101360740366-0**

(415) 7709990211671802911013607403660 (390) 000023405800196) 2019241

85-03-101003394

FIRMA AUTORIZADA

YAMILEMANOTAS

CLIENTE

Oficina Principal, Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

TOMADOR



# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
BARRANQUILLA		85-03-101003394	5
TOMADOR GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.		NIT 900.386.591-2	
DIRECCION CR 43 80 59	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO 3776427	
ASEGURADO GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.		NIT 900.386.591-2	
DIRECCION CR 43 80 59	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO 3776427	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE HACE LA RENOVACION PARA LA VIGENCIA 02/11/2019 HASTA 02/11/2020  
/ PROFESIONALES ASEGURADOS: 4 ENFERMERAS, 4 FISIOTERAPEUTA, 4 TERAPIA RESPIRATORIA, 40 AUXILIARES DE ENFERMERIA, 4 MEDICOS GENERALES, 4 INTENSIVISTA, 102 CAMAS

SEDES:  
RIOHACHA CRA 12 NO. 11A ESQUINA  
MAICAO CALLE 16 CRA 39A BIS - 31  
SAN JUAN DEL CESAR CALLE 4 ENTRE CR 4 Y 5 (HOSPITAL SAN RAFAEL)  
YOPAL CALLE 15 NO. 7-95 MZA L (HOSPITAL YOPAL)

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES) CONDICIONES GENERALES  
FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI

VR ASEGURADO GASTOS DE DEFENSA 10% POR EVENTO 20% POR VIGENCIA DEL LIMITE ASEGURADO

DEDUCIBLES  
GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS  
DEMÁS AMPAROS: 15% DE LA PERDIDA MINIMO 2 SMMLV

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD  
(CLINICAS Y HOSPITALES)

CONDICIONES GENERALES MODALIDAD OCURRENCIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A. QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARA SEGREESTADO, EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA, Y CON SUJECION A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMAS TERMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DE LA EMPRESA DE LA SALUD ASEGURADA, LA CUAL DEBE ESTAR CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE LA REGULAN EN EL TERRITORIO NACIONAL.

## SECCION I COBERTURAS

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD  
SEGREESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGREESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGREESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAFAFO: SEGREESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

## 2. EXTENSIONES A LA COBERTURA BASICA

CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES O TERCEROS A CONSECUENCIA DE Y DE ACUERDO A LA EXTENSION DE COBERTURA AFECTADA, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DESCRITO EN LA CARATULA DE LA POLIZA:





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No	ANEXO No
BARRANQUILLA		85-03-101003394	5
TOMADOR	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	TELEFONO	3776427
	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO		
ASEGURADO	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	TELEFONO	3776427
	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.1. SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS SEGUROESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2. USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD SEGUROESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

#### 2.3. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

SEGUROESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, POR:

A. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

B. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

C. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS.

#### 2.4. GASTOS DE DEFENSA

SEGUROESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA.

SEGUROESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE EN LA CARATULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGUROESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

### SECCION II EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO SEGUROESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO.

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL DE LA SALUD BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, TOXICAS O NARCOTICAS.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BARRANQUILLA	ANEXO DE RENOVACION	85-03-101003394	5
TOMADOR	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	TELEFONO	3776427
	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO		
ASEGURADO	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	TELEFONO	3776427
	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VICENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA

INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DERIVAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIANTES MUTANTES.

13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.

14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.

ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADAS PARA ESTE FIN.

17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE, SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LA MODIFIQUEN, QUE DICE: CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUPTIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?

B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?

C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS.

CASO EN EL CUAL SEGUROESTADO, SIN QUE SE ENTIENDA COMO ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD Y COBERTURA POR EL AMPARO BASICO, RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA EXTENSION DE COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS.

20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
BARRANQUILLA		85-03-101003394	5
TOMADOR	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
		TELEFONO	3776427
ASEGURADO	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
		TELEFONO	3776427
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES, RESIDUOS PATOLOGICOS, ASI COMO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. ORGANISMOS PATOGENICOS.
30. RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS
- MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35. RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
- 1- GUERRA, INVASION, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES, ACCIONES Y OPERACIONES BELICAS (CON O SIN DECLARACION O ESTADO DE GUERRA), GUERRA CIVIL, HUELGA, PAROS PATRONALES, MOTIN, CONMOCION CIVIL O ALBOROTOS POPULARES QUE REVELEN EL CARACTER DE O COMO CONSECUENCIA DE ASONADA, SUBLEVACION MILITAR, INSURRECCION, REBELION, REVOLUCION, CONSPIRACION, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y OTROS HECHOS O DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR O EXTERIOR DEL PAIS, AUNQUE NO SEAN A MANO ARMADA, PODER MILITAR O USURPADO, CONFISCACION, REQUISAS, NACIONALIZACION O DETENCION POR CUALQUIER PODER CIVIL O MILITAR LEGITIMO O USURPADO, DESTRUCCION DAÑOS A LOS BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL O ACTIVIDADES POR ORDEN DE CUALQUIER INDIVIDUO O PERSONAS QUE ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO O EN CONEXION CON CUALQUIER GRUPO U ORGANIZACION CUYO OBJETO SEA EL DERROCAMIENTO DEL GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O PRESION SOBRE EL GOBIERNO POR TERRORISMO U OTROS MEDIOS VIOLENTOS.
- 11- 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, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SEAN DECLARADOS O NO.
37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No
BARRANQUILLA		85-03-101003394	5
TOMADOR	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
		TELEFONO	3776427
ASEGURADO	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
		TELEFONO	3776427
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA

II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR, EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.

III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENGER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIOS O SERVIDORES PUBLICOS SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE.

40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIENTES DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47. OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL), ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

50. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO.

51. SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.

52. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

### SECCION III DEFINICIONES GENERALES

BAJO ESTE CONTRATO DE SEGUROS SE ENTENDERA POR CADA UNO DE LOS TERMINOS RELACIONADOS A CONTINUACION, LO SIGUIENTE:

1. ACTOS MEDICOS: CONJUNTO DE PROCEDIMIENTOS CLINICOS PROFESIONALES PRESTADOS A PACIENTES POR EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS EN CALIDAD DE PROFESIONALES, TECNICOS Y/O AUXILIARES PARA LAS AREAS DE LA SALUD DEBIDAMENTE AUTORIZADOS CONFORME A LA LEY APLICABLE Y ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y/O ANEXOS Y MEDIANTE LOS CUALES SE TRATA DE OBTENER LA CURACION O ALIVIO DEL PACIENTE. ELLOS PUEDEN SER DE TIPO PREVENTIVOS, DE PROMOCION DE LA SALUD, DIAGNOSTICOS, TERAPEUTICOS O DE REHABILITACION.

SE ENTIENDEN POR ESTOS: CONSULTA MEDICA, DIAGNOSTICO, PRESCRIPCION, SERVICIOS DE LABORATORIO, RECOMENDACION TERAPEUTICA, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, EMISION DE DOCUMENTOS MEDICOS, HISTORIA CLINICA, REHABILITACION Y DEMAS PROCEDIMIENTOS MEDICOS PROFESIONALES NECESARIOS PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL O TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.

2. ACTOS ERRONEOS: CUALQUIER ACTO MEDICO REAL O SUPUESTO, ERROR, OMISION O INCUMPLIMIENTO NEGLIGENTE RELACIONADO CON LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y/O ASISTENCIALES DE LA SALUD PRESTADOS POR EL ASEGURADO Y POR EL PERSONAL A SU SERVICIO Y QUE, CONFORME A LA LEY, GENERAN RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MISMO Y EN CONSECUENCIA LLEVAN A UNA RECLAMACION EFECTUADA POR EL PACIENTE AFECTADO O TERCERO AFECTADO O SUS CAUSAHABIENTES SOBRE EL PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL ASEGURADO.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
BARRANQUILLA		85-03-101003394	5
TOMADOR	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
		TELEFONO	3776427
ASEGURADO	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
		TELEFONO	3776427
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3. ASEGURADO: LA EMPRESA DE LA SALUD (CENTROS MEDICOS, CONSULTORIOS, CLINICAS, HOSPITALES Y LABORATORIOS) CONSTITUIDA COMO PERSONA JURIDICA DE DERECHO PUBLICO, PRIVADO O MIXTO, TITULAR DEL INTERES ASEGURABLE OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, DEBIDAMENTE NOMBRADA COMO TAL EN LA CARATULA DE LA POLIZA, Y EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO DECLARADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO.

4. DEDUCIBLE: ES EL MONTO O PORCENTAJE DEL DAÑO INDEMNIZABLE DETERMINADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA PARA CADA AMPARO/COBERTURA, PREVIAMENTE CONVENIDO CON EL TOMADOR, QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DE LA INDEMNIZACION Y SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO.

5. COMO CONSECUENCIA DE UN SOLO SINIESTRO SE LLEGAREN A AFECTAR VARIAS DE LAS COBERTURAS DE LOS AMPAROS CONTRATADOS POR EL TOMADOR, EL DEDUCIBLE ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA SE APLICARA PARA CADA AMPARO POR SEPARADO.

6. SINIESTRO: PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTIENDE POR SINIESTRO EL ACTO ERRONEO POR EL CUAL SE IMPUTA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL AL ASEGURADO, ACAECIDO EN FORMA ACCIDENTAL, SUBITA E IMPREVISTA QUE HAYA CAUSADO UN DAÑO MATERIAL, LESION PERSONAL Y/O MUERTE GENERADOR DE PERJUICIOS PATRIMONIALES Y/O EXTRAPATRIMONIALES, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CUYAS CONSECUENCIAS JURIDICAS SEAN RECLAMADAS AL ASEGURADO, POR VIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O MAS TARDAR DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION QUE TIENE EL TERCERO AFECTADO FRENTE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA LEGISLACION COLOMBIANA.

RESPECTO DE LA ACCION DIRECTA QUE TIENE EL TERCERO AFECTADO FRENTE A SEGURESTADO LA PRESCRIPCION CORRERA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

ASI MISMO, LA SERIE DE ACTOS ERRONEOS QUE SON O ESTAN TEMPORAL, LOGICA O CAUSALMENTE RELACIONADOS POR CUALQUIER HECHO, CIRCUNSTANCIA, SITUACION O EVENTO, SE CONSIDERARAN PARTE DE UN MISMO SINIESTRO Y CONSTITUIRAN UN SOLO Y UNICO DAÑO Y/O COSTO SIN IMPORTAR EL NUMERO DE RECLAMANTES Y/O RECLAMACIONES FORMULADAS, LA RESPONSABILIDAD MAXIMA DE SEGURESTADO POR DICHO DAÑO Y/O COSTOS, NO EXCEDERA EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO / VIGENCIA ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

7. PACIENTE: ES LA PERSONA NATURAL QUE INGRESA A LA INSTITUCION ASEGURADA PARA RECIBIR ASISTENCIA MEDICA Y RESULTA AFECTADA POR EL HECHO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL IMPUTABLE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY Y A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SIEMPRE QUE SEA CON OCASION A DICHA ASISTENCIA MEDICA.

8. TERCERO AFECTADO: ES LA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE RESULTA AFECTADA POR UN HECHO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL IMPUTABLE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY, POR EVENTOS AMPARADOS BAJO LA PRESENTE POLIZA.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO DE SEGUROS, NO SE CONSIDERAN TERCEROS A:

A. EL CONYUGE, COMPAÑERO PERMANENTE Y LOS PARIENTES DE LOS FUNCIONARIOS AL SERVICIO DEL ASEGURADO HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD Y/O PRIMERO DE AFINIDAD, SALVO QUE SE ENCUENTREN SIENDO ATENDIDOS COMO PACIENTES DE LA INSTITUCION ASEGURADA.

B. LAS PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO LABORAL CON EL ASEGURADO O VINCULADAS CON CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACION DE SERVICIOS, SALVO QUE SE ENCUENTREN SIENDO ATENDIDOS COMO PACIENTES DE LA INSTITUCION ASEGURADA.

9. VALOR ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: ES LA SUMA DE DINERO SEÑALADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y QUE CORRESPONDE A LA MAXIMA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO EN CASO DE UN EVENTO AMPARADO A LA LUZ DE ESTE CONTRATO DE SEGURO, LUEGO DE APLICAR EL DEDUCIBLE POR CADA SINIESTRO QUE PUEDA OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

SEGURESTADO NO ESTARA OBLIGADO, EN NINGUN CASO, A PAGAR DAÑOS Y/O COSTOS QUE EXCEDAN EL LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD APLICABLE, UNA VEZ ESTE HAYA SIDO AGOTADO POR EL PAGO DE DAÑOS Y/O COSTOS.

LOS SUBLIMITES INDICADOS EN ALGUNOS AMPAROS O COBERTURAS BAJO LAS CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE DEBEN ENTENDER INCLUIDOS DENTRO DEL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA BASICA Y POR LO TANTO NO INCREMENTAN LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO MEDIANTE CONDICION PARTICULAR EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

10. VIGENCIA DEL SEGURO: ES EL PERIODO DE COBERTURA COMPRENDIDO ENTRE LAS FECHAS DE INICIO Y TERMINACION QUE APARECEN SEÑALADAS EN LA CARATULA DE LA POLIZA, DURANTE LAS CUALES EL ASEGURADO REALIZA LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SU PROFESION MEDICA ASEGURADA Y ENTRE LAS CUALES DEBE OCURRIR EL ACTO MEDICO O HECHO DAÑOSO POR EL CUAL SE IMPUTA LA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO.

11. CONSENTIMIENTO INFORMADO: HACE REFERENCIA AL PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL EL MEDICO COMUNICA E INFORMA A SU PACIENTE LAS DIVERSAS OPCIONES Y ALTERNATIVAS PARA EL DIAGNOSTICO, EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, ADVIRTIENDOLE LOS RIESGOS INHERENTES A LOS PROCEDIMIENTOS, ASI COMO LOS BENEFICIOS QUE SE DERIVEN, EN FORMA CLARA PARA QUE LE PERMITAN TOMAR UNA DECISION RACIONAL. ESTE PROCEDIMIENTO ES LA AUTORIZACION AUTONOMA DE UNA INTERVENCION MEDICA DE CADA PACIENTE CAPAZ EN PARTICULAR, EL CONSENTIMIENTO DEBE SER LIBRE, AUTONOMO, INFORMADO, CONSTANTE Y CUALIFICADO, DEL CUAL DEBE QUEDAR CONSTANCIA EXPRESA.

EL ASEGURADO QUEDARA EXONERADO DE ADVERTIR LOS RIESGOS EN LOS SIGUIENTES CASOS:

I-CUANDO EL ESTADO MENTAL DEL PACIENTE Y LA AUSENCIA DE PARIENTES ALLEGADOS SE LO IMPIDAN.  
II-CUANDO EXISTA URGENCIA O EMERGENCIA PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO MEDICO.

EL MEDICO DEJARA CONSTANCIA EN LA HISTORIA CLINICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO O DE LA IMPOSIBILIDAD DE HACERLO.



# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No	ANEXO No
BARRANQUILLA		85-03-101003394	5
TOMADOR GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.		NIT 900.386.591-2	
DIRECCION CR 43 80 59	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO 3776427	
ASEGURADO GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.		NIT 900.386.591-2	
DIRECCION CR 43 80 59	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO 3776427	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

11. DISSENTIMIENTO INFORMADO: ES EL DOCUMENTO DONDE SE EXPRESA LA NEGACION POR PARTE DEL PACIENTE, SUS FAMILIARES O PERSONAS RESPONSABLES, PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS CLINICOS, TERAPEUTICOS QUE SON NECESARIAS PARA EL MANEJO DE LA SALUD DEL PACIENTE.

12. EMPRESA DE LA SALUD: ES LA PERSONA JURIDICA ASEGURADA EN LA POLIZA, QUE PUEDEN SER CENTROS MEDICOS, CONSULTORIOS, CLINICAS, HOSPITALES, LABORATORIOS, ENTRE OTROS AQUELLOS DONDE SE PRESTEN SERVICIOS PROFESIONALES DEL AREA DE LA SALUD, DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA ELLO, DE ACUERDO CON LA LEGISLACION COLOMBIANA.

13. PERJUICIOS PATRIMONIALES: SE ENTIENDE POR PERJUICIOS PATRIMONIALES EL DAÑO EMERGENTE Y EL LUCRO CESANTE DEL PACIENTE, TERCERO AFECTADO Y/O SUS CAUSAHABIENTES QUE SEA RECLAMADO A SEGURESTADO CON OCASION A UN EVENTO AMPARADO EN LA POLIZA.

14. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SE ENTIENDE POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES EL DAÑO MORAL, DAÑO A LA VIDA EN RELACION, DAÑO FISIOLOGICO Y/O A LA SALUD, RECLAMADO A SEGURESTADO CON OCASION A UN EVENTO AMPARADO EN LA POLIZA, QUE SE RECONOCERA SIEMPRE QUE SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

15. PERSONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO: PERSONAL MEDICO, ODONTOLOGICO, PARAMEDICO, AUXILIAR, FARMACEUTICO, BACTERIOLOGO, MICROBIOLOGO, ENFERMERIA O ASIMILADOS, VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO LABORAL CON EL ASEGURADO O VINCULADAS CON CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACION DE SERVICIOS.

### S E C C I O N IV OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

#### 1. CONSERVACION DEL ESTADO DEL RIESGO - NOTIFICACION DE SUS CAMBIOS.

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGUN SEA EL CASO ESTAN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERAN NOTIFICAR POR ESCRITO A SEGURESTADO LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN A DICHA CELEBRACION Y QUE SIGNIFIQUEN UN CAMBIO EN EL ESTADO DEL RIESGO.

LA NOTIFICACION A SEGURESTADO DEBERA HACERSE POR ESCRITO, CON ANTELACION NO MENOR DE DIEZ (10) DIAS HABILES A LA FECHA EN QUE SE DARA LA MODIFICACION DEL RIESGO. SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO. SI LE ES EXTRAÑA, TAL NOTIFICACION SE DEBERA REALIZAR DENTRO DE LOS DIEZ (10) DIAS HABILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGA CONOCIMIENTO DE LA MODIFICACION. SE PRESUME EL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO, TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DIAS HABILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACION.

UNA VEZ NOTIFICADA LA MODIFICACION DEL RIESGO EN LOS TERMINOS ARRIBA EXPUESTOS, SEGURESTADO PODRA REVOCAR EL CONTRATO DE SEGURO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA O EN LAS CONDICIONES DEL CONTRATO.

LA FALTA DE NOTIFICACION OPORTUNA A SEGURESTADO SEGUN LOS TERMINOS ANTES INDICADOS PRODUCE LA TERMINACION DE ESTE CONTRATO.

#### 2. PAGO DE LA PRIMA - TERMINACION AUTOMATICA POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA

EL TOMADOR DEL SEGURO ESTA OBLIGADO A PAGAR LA PRIMA, SALVO DISPOSICION CONTRACTUAL EN CONTRARIO, DEBERA HACERLO A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRAN LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGURESTADO PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

#### 3. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO / TERCERO AFECTADO EN CASO DE SINIESTRO

A. CUANDO OCURRA UN SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A UNA RECLAMACION POR LA PRESENTE POLIZA, EL ASEGURADO ESTARA OBLIGADO A EVITAR SU EXTENSION Y PROPAGACION Y A PROVEER EL SALVAMENTO DE LAS COSAS ASEGURADAS. SI SE INCUMPLIERE ESTA OBLIGACION, SEGURESTADO PODRA DEDUCIR DE LA INDEMNIZACION, EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

B. EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTAN OBLIGADOS A DAR AVISO DE SEGURESTADO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES (3) DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. SI SE INCUMPLIERE ESTA OBLIGACION,

SEGURESTADO SOLO PODRA DEDUCIR DE LA INDEMNIZACION, EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

C. DECLARAR A SEGURESTADO, AL DAR LA NOTICIA DEL SINIESTRO, LOS SEGUROS COEXISTENTES, CON INDICACION DEL ASEGURADOR Y DE LOS VALORES ASEGURADOS.

D. LE CORRESPONDE AL ASEGURADO - BENEFICIARIO ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PERDIDA PARA LO CUAL GOZA DE LIBERTAD PROBATORIA. EN TAL SENTIDO, EL ASEGURADO - BENEFICIARIO ACOMPAÑARA LAS PRUEBAS PERTINENTES TALES COMO DICTAMENES MEDICOS, HISTORIAS CLINICAS, FACTURAS, ENTRE OTROS, Y COMUNICARA POR ESCRITO A SEGURESTADO TODOS LOS DETALLES Y HECHOS QUE DEMUESTREN PLENAMENTE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS, ASI COMO LA RELACION DE CAUSALIDAD CON LA PRESTACION DEL SERVICIO.

E. LA FALTA DE DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN LA RECLAMACION O COMPROBACION DEL DERECHO AL PAGO DE DETERMINADO SINIESTRO, CAUSARA LA PERDIDA DE TAL DERECHO.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
BARRANQUILLA	ANEXO DE RENOVACION	85-03-101003394	5
TOMADOR	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
ASEGURADO	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	TELEFONO	3776427
DIRECCION	CR 43 80 59	NIT	900.386.591-2
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO
		TELEFONO	3776427
		NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

#### 4. CONSENTIMIENTO

DADA LA NATURALEZA DE ESTE SEGURO, EL ASEGURADO NO PODRA ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI REALIZAR ACUERDOS DE CONCILIACION TENDIENTES A LA AFECTACION DE LA POLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE SEGURESTADO, QUIEN TENDRA DERECHO EN CUALQUIER MOMENTO A INTERVENIR EN EL MANEJO DE LA DEFENSA O LIQUIDACION DEL RECLAMO, SI SEGURESTADO, ASI LO CONSIDERE CONVENIENTE.

SI EL ASEGURADO SE REHUSARA INJUSTIFICADAMENTE A PRESTAR SU CONSENTIMIENTO EN RELACION CON UN ACUERDO SUGERIDO POR SEGURESTADO, LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO NO EXCEDERA EN TAL CASO EL MONTO A CARGO PREVISTO EN DICHO ACUERDO, INCLUYENDO LOS COSTOS INCURRIDOS DESDE EL MOMENTO EN QUE SEGURESTADO SOLICITO EL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO HASTA LA FECHA DE RECHAZO.

#### 5. E C C I O N V. CONDICIONES VARIAS

1. DERECHOS Y DEBERES DE SEGURESTADO EN CASO DE SINIESTRO:  
CUANDO OCURRA UN EVENTO, COBIERTO POR ESTA POLIZA SEGURESTADO PODRA:

A. INSPECCIONAR LOS EDIFICIOS, LOCALES O PREDIOS EN LOS QUE OCURRIO EL SINIESTRO.

B. COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MEDICA Y ECONOMICAMENTE LOS PERJUICIOS EFECTIVAMENTE CAUSADOS Y PARA DETERMINAR LA CAUSA Y CONSECUENCIAS DE LOS MISMOS PARA LA CUAL, SEGURESTADO SE RESERVA EL DERECHO DE EXAMINAR LA VICTIMA, INGRESAR A LOS PREDIOS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA, EXAMINAR LOS LIBROS, HISTORIAS CLINICAS Y DEMAS DOCUMENTOS DEL ASEGURADO RELACIONADOS CON EL RECLAMO O SINIESTRO.

C. LAS FACULTADES CONFERIDAS A SEGURESTADO POR LA PRESENTE CONDICION PODRAN SER EJERCIDAS EN CUALQUIER MOMENTO HASTA TANTO EL ASEGURADO O LA VICTIMA LE COMUNIQUEN POR ESCRITO QUE RENUNCIAN Y/O DESISTEN DE LA RECLAMACION PRESENTADA JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.

2. REDUCCION DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE LA INDEMNIZACION  
EL VALOR ASEGURADO SE ENTENDERA REDUCIDO, DESDE EL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO EN EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACION PAGADA POR SEGURESTADO.

#### 3. GARANTIAS - DEFINICION Y EFECTOS

SE ENTIENDE POR GARANTIA, LA PROMESA INEQUIVOCAL, EN VIRTUD DE LA CUAL EL TOMADOR O EL ASEGURADO SE OBLIGAN A HACER O NO DETERMINADA COSA, O A CUMPLIR DETERMINADA EXIGENCIA, O MEDIANTE LA CUAL AFIRMA O NIEGA LA EXISTENCIA DE DETERMINADA SITUACION DE HECHO.

LA GARANTIA DEBERA CONSTAR EN LA POLIZA POR ESCRITO O EN DOCUMENTOS ACCESORIOS A ELLA, Y DEBE EXPRESAR EL COMPROMISO CLARO QUE ADQUIERE EL TOMADOR O EL ASEGURADO.

EN CASO DE NO CUMPLIRSE LA GARANTIA, SEA O NO SUSTANCIAL RESPECTO DEL RIESGO, EL CONTRATO DE SEGURO SERA ANULABLE. CUANDO LA GARANTIA SE REFIERE A UN HECHO POSTERIOR A LA CELEBRACION DEL CONTRATO, SEGURESTADO PODRA DARLO POR TERMINADO DESDE EL MOMENTO DE LA INFRACCION U Oponer EL INCUMPLIMIENTO DE LA MISMA.

#### 4. REVOCACION UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO

EL SEGURO OTORGADO POR LA PRESENTE POLIZA PODRA SER REVOCADO, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

A. POR SEGURESTADO MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA AL ASEGURADO, ENVIADA A SU ULTIMA DIRECCION CONOCIDA, CON NO MENOS DIEZ (10) DIAS HABILES DE ANTELACION, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVIO. LA REVOCACION DARA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA.

B. POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A SEGURESTADO. EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LA DEVOLUCION SE CALCULARAN TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

#### 5. FORMULARIO DE SOLICITUD

PARA EMITIR ESTA POLIZA SEGURESTADO, SE HA BASADO EN LA INFORMACION Y DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, CUESTIONARIOS COMPLEMENTARIOS, ESTADOS FINANCIEROS Y DEMAS INFORMACION EXIGIDA PARA LA SUSCRIPCION Y SOMETIDOS A LA CONSIDERACION DE SEGURESTADO. DICHAS DECLARACIONES SON LA BASE DE LA ACEPTACION DEL RIESGO Y DE LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTA POLIZA, POR LO TANTO, SE CONSIDERAN COMO PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA.

#### 6. DELIMITACION TERRITORIAL

EL PRESENTE SEGURO SE REFIERE UNICA Y EXCLUSIVAMENTE A ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL TERRITORIO COLOMBIANO, BAJO LA LEGISLACION Y JURISDICCION COLOMBIANA.

#### 7. SUBROGACION

SEGURESTADO, UNA VEZ EFECTUADOS CUALESQUIERA DE LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN ESTA POLIZA, SE RESERVA EL DERECHO A LA SUBROGACION HASTA EL LIMITE DE TAL O TALES PAGOS Y PODRA EJERCER LOS DERECHOS Y LAS ACCIONES QUE POR RAZON DEL SINIESTRO CORRESPONDIERAN AL TOMADOR/ASEGURADO. ESTE PRESTARA TODA LA COLABORACION QUE SEA PRECISA PARA LA EFECTIVIDAD DE LA SUBROGACION, INCLUYENDO LA FORMALIZACION DE LOS DOCUMENTOS QUE FUEREN NECESARIOS PARA DOTAR A SEGURESTADO DE LEGITIMACION ACTIVA PARA DEMANDAR JUDICIALMENTE.

ASI MISMO, SEGURESTADO SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICION CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTEN O NO EN RELACION DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No
BARRANQUILLA		85-03-101003394	5
TOMADOR	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	TELEFONO	3776427
	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO		
ASEGURADO	GYO MEDICAL I.P.S. S.A.S.	NIT	900.386.591-2
DIRECCION	CR 43 80 59	TELEFONO	3776427
	CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

AL ASEGURADO LE ESTA PROHIBIDO RENUNCIAR A SUS DERECHOS CONTRA LOS TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO SO PENA DE PERDER EL DERECHO A LA INDEMNIZACION.

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS EN ESTA POLIZA, SI EL ASEGURADO ACTUO DE MALA FE O CON DOLO, DEBERA RESTITUIR LOS COSTOS Y/O GASTOS LEGALES QUE SEQUESTADO HUBIERE PAGADO DE MANERA ANTICIPADA, ASI COMO TAMBIEN PERDERA EL DERECHO A LA INDEMNIZACION.

#### 8. NOTIFICACIONES

CUALQUIER DECLARACION O MODIFICACION QUE DEBAN HACER LAS PARTES EN RELACION CON EL PRESENTE CONTRATO, DEBERA REALIZARSE POR ESCRITO Y SER ENVIADA A LA ULTIMA DIRECCION SUMINISTRADA POR ELLAS.