

RV: Rad. 05001310301420210001400 -CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA SOLIDARIA - Pr. YILLIAM ANDREA JARAMILLO Y OTROS. Vs. HERNÁN OCAZONEZ Y CIA S.A.S. Y OTROS.

Juzgado 14 Civil Circuito - Antioquia - Medellín <ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 30/03/2022 17:04

Para: Christian Acevedo Mejia <cacevedm@cendoj.ramajudicial.gov.co>



Consejo Superior
de la Judicatura

Julián Mazo Bedoya

Secretario
Juzgado 14 Civil Circuito de Oralidad de Medellín
Seccional Antioquia-Chocó

✉ ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co

☎ Teléfono: +57-2 32 15 92

📍 Carrera. 52 42-73 Piso 13 Of. 1307
Medellín Antioquia

De: Cristina Estrada <cristina.estrada@sucesoresfev.com>

Enviado: miércoles, 30 de marzo de 2022 4:58 p. m.

Para: Juzgado 14 Civil Circuito - Antioquia - Medellín <ccto14me@cendoj.ramajudicial.gov.co>;
jduque@perezduqueabogados.com <jduque@perezduqueabogados.com>; paulavergara
<paulavergara@callevergara.com>; CCORREOS@CONFIANZA.COM.CO <CCORREOS@CONFIANZA.COM.CO>;
contabilidad@hernanocazonez.com <contabilidad@hernanocazonez.com>

Cc: notificacioneslegales.co@chubb.com <notificacioneslegales.co@chubb.com>; JC ABOGADOS
<jcabrera@jcabg.com>; cad@jcabg.com <cad@jcabg.com>; w.giraldo@promedan.com.co
<w.giraldo@promedan.com.co>

Asunto: RV: Rad. 05001310301420210001400 -CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA SOLIDARIA - Pr. YILLIAM ANDREA JARAMILLO Y OTROS. Vs. HERNÁN OCAZONEZ Y CIA S.A.S. Y OTROS.

Asunto: Rad. 05001310301420210001400 -CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA SOLIDARIA - Pr. YILLIAM ANDREA JARAMILLO Y OTROS. Vs. HERNÁN OCAZONEZ Y CIA S.A.S. Y OTROS.

Doctora

Liz Johanna Guerrero Posada

JUEZ CATORCE (14) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLÍN

E. S. D.

Asunto: Contestación llamamiento en garantía.

Radicado: 050013103014 **2021 00014 00**
Proceso: Verbal de responsabilidad civil.
Demandantes: Yilliam Andrea Jaramillo Murillo y otros.
Demandados: Hernan Ocazonez y Cia S.A.S y otros.
Llamante: Promotora Médica y Odontológica De Antioquia Promedan S.A.
Llamado: Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

MARÍA CRISTINA ESTRADA TOBÓN, mayor de edad y vecina, identificada como aparece al pie de mi firma y portadora de la tarjeta profesional número 70.319 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, llamada en garantía en el proceso de la referencia, de la manera más atenta y dentro del término legalmente conferido, me permito dar respuesta al llamamiento en garantía formulado por Promedan S.A., en archivo PDF de 42 folios, más los siguientes anexos, que se relacionan a continuación:

- 1.ANEXO 1. Poder (1 folio)
- 2.ANEXO 2. Correo emitido por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. otorgándome poder. (2 folios)
- 3.ANEXO 3. Certificado Superintendencia Financiera. (3 folios)
- 4.ANEXO 4. Certificado de estudio Manuela Villegas -Dependiente Judicial. (1 folio)
- 5.PRUEBA DOCUMENTAL 1. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 0 (5 folios)
- 6.PRUEBA DOCUMENTAL 2. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 1 (1 folio)
- 7.PRUEBA DOCUMENTAL 3. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 2 (2 folios)
- 8.PRUEBA DOCUMENTAL 4. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 3 (2 folios)
- 9.PRUEBA DOCUMENTAL 5. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 4 (2 folios)
- 10.PRUEBA DOCUMENTAL 6. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 5 (4 folios)
- 11.PRUEBA DOCUMENTAL 7. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 6 (2 folios)
- 12.PRUEBA DOCUMENTAL 8. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 7 (2 folios)
- 13.PRUEBA DOCUMENTAL 9. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 8 (2 folios)
- 14.PRUEBA DOCUMENTAL 10. Póliza 520-88-994000000028 -Anexo 9 (2 folios)
- 15.PRUEBA DOCUMENTAL 11. Condiciones Generales contenidas en la proforma Nro. 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2 (17 folios)
- 16.PRUEBA DOCUMENTAL 12. Condiciones Generales contenidas en la proforma Nro.28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V2 (13 folios)

Nota: De conformidad con lo establecido en el numeral 14 del artículo 78 del Código General del Proceso y el artículo 3 del Decreto legislativo 806 de 2020, remitimos el presente correo con copia a los correos electrónicos informados por las partes intervinientes en el trámite del proceso.

FAVOR CONFIRMAR RECIBO DE ESTE CORREO.

Atentamente,

María Cristina Estrada Tobón
Codirectora

Calle 11 #43B-50 Parque Empresarial Calle 11 oficina 501
(57) (4) 4480772
cristina.estrada@sucesoresfev.com
Medellín, Colombia



sucesores_federico_estrada 
 @abogadosSFEV 
 @SucesoresFEV 
 Sucesores Federico
 Estrada Vélez Abogados 

Doctora

Liz Johanna Guerrero Posada

JUEZ CATORCE (14) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLÍN

E. S. D.

Asunto: Contestación llamamiento en garantía.

Radicado: 050013103014 **2021 00014 00**

Proceso: Verbal de responsabilidad civil.

Demandantes: Yilliam Andrea Jaramillo Murillo y otros.

Demandados: Hernán Ocazonez y Cia S.A.S y otros.

Llamante: Promotora Médica y Odontológica De Antioquia Promedan S.A.

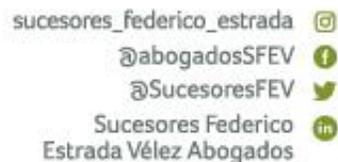
Llamado: Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

MARÍA CRISTINA ESTRADA TOBÓN, mayor de edad y vecina, identificada como aparece al pie de mi firma y portadora de la tarjeta profesional número 70.319 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada especial de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, llamada en garantía en el proceso de la referencia, de la manera más atenta y dentro del término legal, me permito **dar respuesta a la demanda y al llamamiento en garantía formulado por la PROMOTORA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA DE ANTIOQUIA, en adelante PROMEDAN S.A.**, en los siguientes términos:

1.- FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO

AL PRIMERO: Es cierto que Promedan S.A. fue llamada en garantía por la codemandada Hernán Ocazonez y Cia S.A.S.

AL SEGUNDO: Es cierto que Promedan S.A. suscribió con mi representada un contrato de seguro contenido en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y

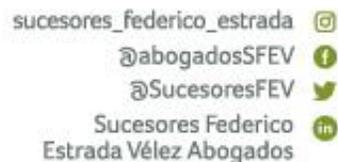


Centros Médicos, el cual fue expedido el 28 de noviembre de 2017 y tuvo una vigencia desde esta fecha hasta el 28 de noviembre de 2018 y posteriormente, a través del anexo Nro. 5 se renovó dicha Póliza, ahora con una vigencia desde el 28 de noviembre de 2018 hasta el 28 de noviembre de 2019.

Sin embargo, resulta importante aclarar desde ahora que, si bien es cierto que dicha Póliza estaba vigente en el año en que ocurrieron los presuntos hechos de negligencia o impericia médica que reclama la parte actora, lo cierto es que en este caso no hay cobertura del contrato de seguro con base en el cual se nos llama en garantía, pues la póliza en mención es una póliza que opera bajo la modalidad de cobertura "*Claims Made*" con retroactividad -como se indica tanto en el condicionado particular como general-, por lo tanto **no opera por ocurrencia, sino por reclamación hecha o realizada**, es decir, para que proceda la cobertura de la Póliza, en las condiciones legales y contractuales respectivas, **el asegurado debe haber conocido por primera vez la reclamación dentro de la vigencia de la Póliza, lo cual no ocurrió en este caso**

Además, sí bien se pactó expresamente una extensión para el período de reclamaciones para el amparo de "*responsabilidad civil profesional médica*" y otros amparos, hasta por un periodo de veinticuatro (24) meses, pudiendo tener cobertura los hechos reclamados por primera vez al asegurado durante los 24 meses siguientes a la expiración de la vigencia de la Póliza, **el mismo estaba sujeto a que tales reclamaciones se fundamentarán en actos médicos ocurridos única y exclusivamente durante la última vigencia de la Póliza, esto es de 28/11/2018 al 28/11/2019 y en este caso los actos médicos ocurrieron durante el transcurso del año 2018, esto es, la primera vigencia del contrato de seguro.**

Además, para que hubiera lugar a este amparo de extensión del período de reclamaciones era necesario que el asegurado realizará solicitud escrita a la Aseguradora dentro de los 10 días hábiles siguientes a la revocación o no renovación de la Póliza, con el pago de la prima adicional, que se estableciera

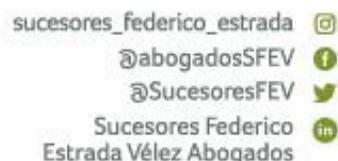


para el efecto, todo esto, lo cual, en este caso brilla por su ausencia y en tal sentido, no se extendió el periodo de reclamación.

En consecuencia, **para el caso en concreto, si bien el hecho ocurrió durante la vigencia de la Póliza, la reclamación al asegurado – Promedan S.A.-, se realizó por primera vez casi dos años después de haber expirado la última vigencia del seguro -28/11/2018 a 28/11/2019-, esto es, con el llamamiento en garantía a Promedan S.A. formulado el 31/08/2021 y el cual fue debidamente notificado el 19/11/2021, teniendo que aún en el hipotético y errado caso en que se contará la reclamación a partir de la solicitud de conciliación prejudicial, a la cual no se citó a Promedan S.A., en igual sentido esta se realizó el 14/10/2020, esto es, casi un año después de haber expirado la última vigencia del contrato; razón por la cual, no hay cobertura de la Póliza para este caso, conforme a las condiciones generales y particulares pactadas en el contrato de seguro.**

AL TERCERO: Es cierto que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos suscrita con mi representada se identifica con el número 520-88-994000000028; sin embargo, es importante precisar que sí bien la suma máxima asegurada para la vigencia del 28/11/2017 al 28/11/2018 si es de \$3.500.000.000, la suma máxima asegurada para la vigencia del 28/11/2018 al 28/11/2019 es de \$3.700.000.000 y ambas tienen un deducible del 10% del valor de la pérdida - mínimo: \$5.000.000 en responsabilidad civil institucional / transporte en ambulancia / responsabilidad civil del director médico / uso de equipos de diagnóstico o de terapéutica / suministro de medicamentos, y en tal sentido la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. eventualmente solo podría ser responsable de pagar la indemnización que exceda el valor de dicho deducible fijado tanto en la Caratula como en las condiciones generales y particulares de la Póliza, tal y como se enunciara en las excepciones de mérito.

AL CUARTO: No es cierto, pues mi representada no se encuentra llamada a amparar las posibles condenas que resulten en el proceso en contra de Promedan



S.A., ello por cuanto como se acaba de exponer y como pasará a enunciarse más detalladamente en las excepciones al llamamiento, **en este caso no hay cobertura de la Póliza, por haberse reclamado una vez expirada la vigencia del contrato de seguro, el cual fue pactado bajo la modalidad *Claims Made*, conforme a la carátula y a las condiciones generales y particulares pactadas expresamente en el contrato de seguro.**

2.- FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

Nos oponemos a las pretensiones del llamamiento en garantía, por cuanto **la Póliza con base en la cual se nos llama en garantía no tiene cobertura en este caso**, esto ya que, la Póliza se pactó bajo la modalidad *Claims Made con retroactividad*, y si bien los hechos por los que se reclama ocurrieron durante la vigencia del seguro, la reclamación al asegurado se hizo casi dos (2) años después de expirada la vigencia del seguro, como ya se explicó.

3.- EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO

3.1.- PRINCIPALES

3.1.1.- LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO SON LEY PARA LAS PARTES, Y, POR ENDE, TAMBIÉN PARA EL JUEZ AL MOMENTO DE ESTABLECER LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y LA RESPONSABILIDAD DE MI REPRESENTADA.

Como cualquier otro contrato, el seguro es un contrato en el cual **lo pactado por las partes, es ley para ellas**. Así lo establece claramente el **artículo 1602 del Código Civil**, señalando además que el mismo no puede ser invalidado sino por el mismo consentimiento de las partes o por causas legales:

“ARTICULO 1602. <LOS CONTRATOS SON LEY PARA LAS PARTES>. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.”

Dando alcance a esta máxima de la autonomía de la voluntad, el **artículo 1056 del Código de Comercio** establece que, con respecto al contrato de seguro, y salvo las restricciones legales, **el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos, entre otros, el patrimonio del asegurado**; así:

“ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. 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.”

Por ende, establece el artículo 1047 del C.Co, que ***“La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:... 9) Los riesgos que el asegurador toma a su cargo... 11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.”***

Así las cosas, es claro que en el caso que nos convoca, la Póliza con base en la cual se nos llama en garantía, es ley para las partes (tomador y asegurador), de tal forma que su clausulado (conformado por la Carátula, anexos, Condiciones Particulares y Condiciones Generales) determina los límites de la responsabilidad de la Aseguradora; el cual, por ende resulta vinculante y deberá ser respetado por las partes y por el Juez, dado que obedece a un acuerdo de voluntades que goza de protección legal, en virtud del artículo 1602 del Código Civil.

3.1.2.- FALTA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA BASE DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA, QUE FUE PACTADA BAJO LA MODALIDAD CLAIMS MADE CON RETROACTIVIDAD

Tal y como se explicó anteriormente, la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 520-88-994000000028 con base en la cual se nos llamó en garantía, -y que se aporta con esta contestación-, tiene en el Anexo 0 de Expedición y 05 de Renovación, definidas las Condiciones Particulares que rigen el contrato, y en los mismos se indica que dicha Póliza fue pactada bajo la modalidad de “*Claims Made*” con periodo de retroactividad, es decir, que **ampara las reclamaciones formuladas frente al asegurado durante la vigencia del contrato de seguro,** siempre que los hechos que den lugar a la reclamación hubiesen ocurrido durante la vigencia o dentro del período de retroactividad previamente pactado en la Póliza, tratándose así de una Póliza **por reclamación y no por ocurrencia,** tal como lo permite el artículo 04 de la ley 389 de 1997, veamos:

“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.

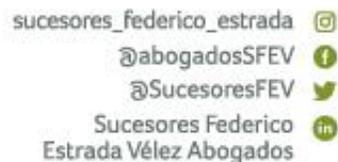
(...)”

De este modo, en las Condiciones Particulares de la Póliza, Anexo 0 – Certificado de Expedición – y anexo 05 – Certificado de Renovación – que se aportan, se pactó expresamente lo siguiente sobre la Modalidad de Cobertura del Seguro:

Anexo 0 – Certificado de Expedición –

“(...) MODALIDAD DE COBERTURA:

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



FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La fecha de periodo de retroactividad que se otorga será de cinco (5) años, a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura con aseguradora solidaria. (...)

Anexo 05 – Certificado de Renovación –

“(...) MODALIDAD DE COBERTURA:

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

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La fecha de periodo de retroactividad que se otorga será de seis (6) años, a partir del inicio de vigencia de la presente cobertura con aseguradora solidaria. (...)

En igual sentido, tanto en las Condiciones Generales aplicables al Anexo 0 – Certificado de Expedición – como al anexo 05 – Certificado de Renovación –, contenidas en las proformas 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2 y 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V2 respectivamente y que se aportan, se señala lo siguiente:

“1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

1.1.1 el daño emergente que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados deban indemnizar a terceros como consecuencia de la responsabilidad civil profesional médica institucional por la que sean declarados responsables, por lesiones corporales causadas, como consecuencia directa de errores u omisiones en la ejecución de un acto médico realizado durante la prestación de los servicios profesionales de atención de la salud que le corresponden a la institución, por los médicos, enfermeras(os) y personal auxiliar vinculados a ella mediante relación laboral o con autorización escrita expresa y, siempre y cuando éstos hayan actuado dentro de la especialidad para la cual se encuentran debidamente habilitados.

Este amparo será procedente cuando la reclamación de los terceros o el proceso judicial en el que posteriormente haya de ser declarada la responsabilidad sean conocidos por primera vez por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, o éstos conozcan por primera vez que habrían de iniciarse en su contra, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO y, tengan fundamento en actos médicos ocurridos durante la vigencia de esta póliza o dentro del período de retroactividad otorgado por ella.

...

4. LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

A. Para los amparos de responsabilidad civil profesional médica, la responsabilidad cubierta por la presente póliza sólo aplicará con respecto a reclamaciones iniciadas en contra de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados de las cuales éstos tengan conocimiento, o debieran tener conocimiento de que habrían de ser iniciadas en su contra, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, por actos médicos ocurridos durante el período comprendido entre el inicio de la fecha de retroactividad y la fecha de expiración de la vigencia de esta póliza.

...

24. DEFINICIONES

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

...

• **Reclamación:** es.

A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

..."

• **Período de retroactividad/retroactividad:** es el período transcurrido con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente póliza, el cual delimita la fecha en que deben haber ocurrido los actos médicos que dan origen a la reclamación para que ésta goce de cobertura bajo el presente seguro. Si los actos médicos que dan origen a la reclamación ocurren con anterioridad a la fecha límite de retroactividad prevista en esta póliza, ésta no estará cubierta por este seguro

Debiendo precisar por último, que sí bien tanto en el Certificado de Expedición – Anexo 0 – como de Renovación – Anexo 05 – y en sus clausulados generales, se consagró la posibilidad del asegurado – Promedan S.A. – de extender hasta por

24 meses siguientes a la expiración de la vigencia de la Póliza el periodo para la presentación de reclamaciones por primera vez al asegurado para el amparo de “responsabilidad civil profesional médica”, lo cierto es que, para que efectivamente operara dicho amparo era necesario que el asegurado hubiera presentado solicitud escrita a la Aseguradora dentro de los 10 días hábiles siguientes a la revocación o no renovación de la Póliza, con el pago de la prima adicional que se establezca para el efecto, tal y como se describe en las Condiciones Generales aplicables a ambas vigencias, así:

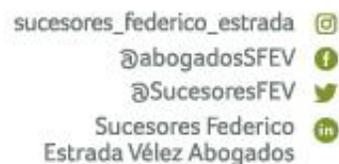
“1.3.2 EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 “RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA”.

*El presente amparo otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período de dos (2) años, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, **siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza.***

(...)

Este amparo operará por solicitud escrita de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados realizada dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la revocación o no renovación de la póliza, con el pago de la prima adicional que se establezca para el efecto. Sin embargo, esta extensión no procederá en ningún caso cuandoquiera que la póliza haya terminado automáticamente por mora en el pago de la prima, por incumplimiento de alguna garantía a cargo de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, o por modificación del estado del riesgo.”

De conformidad con lo anterior, para que hubiera lugar a la extensión del periodo de reclamación para el amparo de responsabilidad profesional médica, además era necesario que la reclamación, se fundamentará en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la ultima vigencia de la Póliza y en este caso, dicha reclamación se fundamentó en actos médicos ocurridos durante la primera vigencia de la póliza, esto es, la consagrada en el Anexo 0 de Expedición, que va desde el



28/11/2017 hasta el 28/11/2018, siendo la última vigencia, la consagrada en el Anexo 05 de Renovación, que va desde el 28/11/2018 hasta el 28/11/2019.

En suma, **para el caso en concreto, si bien los hechos por los cuales se reclama ocurrieron dentro de la vigencia del seguro -28/11/2017 a 28/11/2018- la reclamación por primera vez al asegurado y/o asegurador –Promedan S.A y/o Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.-, se realizó casi dos años después de haber expirado la vigencia del contrato de seguro -28/11/2018 a 28/11/2019-, esto es, con el llamamiento en garantía a Promedan S.A. el 31 de agosto de 2021 y notificado el 19 de noviembre de 2021 y sin que haya lugar en este caso a la extensión del periodo de reclamación; se tiene que, no hay cobertura de la Póliza con base en la cual se nos llamó en garantía, conforme a las condiciones generales y particulares pactadas en el contrato de seguro.**

Frente a esta delimitación temporal que se conoce como pacto bajo la modalidad “*Claims Made*”, es decir por reclamación y no por ocurrencia, la jurisprudencia de las altas cortes ha indicado:

“Así las cosas, la modalidad aseguradora pactada correspondió a la prevista en el supracitado canon 4º de la ley 389 de 1997, a cuyo tenor:

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.

Con antelación a esta última reforma, el artículo 1131 del Código de Comercio era claro en señalar que, en materia de seguro de responsabilidad, el siniestro se entendía ocurrido en el momento de acaecimiento del hecho externo

imputable al asegurado, quedando cubierto por la póliza vigente para dicho momento.

Sin embargo, a partir de la citada ley, se consagró la posibilidad de que, por un pacto expreso entre los contratantes, se límite temporalmente la cobertura, o incluso, se extienda a hechos anteriores a su vigencia, siempre que ambos casos se cumplan con la exigencia de que la reclamación se haga dentro del lapso de vigencia de la convención.

*Se permitió, entonces, no sólo los seguros basados en la ocurrencia del daño (losses occurrence), que constituyen la regla general en el derecho continental, sino también los que se fundamentan en **la reclamación (claims made), caracterizados porque el amparo únicamente se activa si, durante la vigencia del seguro, se hace el reclamo, de suerte que cesa el deber indemnizatorio después de extinguido.***

*Esto no significa que el requerimiento sea requisito para que se configure el siniestro, como lo aduce la recurrente, sino que, por el acuerdo de las partes - prevalido de la legislación sobre la materia-, **la aseguradora únicamente pagará aquellos cuya reclamación sea realizada en el decurso de la póliza, siempre y cuando se haya configurado la situación originadora de la responsabilidad cubierta. (...)***

*Por su parte, **las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso.***

Respecto de dicho tema, esta Corporación en fallo CSJ SC 18 dic. 2013, rad. 2000-01098-01, expuso:

A pesar de que en términos del artículo 1131 del Código de Comercio, modificado por el 86 de la Ley 45 de 1990, en 'el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado', cuando la responsabilidad se predica de directores o funcionarios, la póliza que la cobija suele contar con la particularidad de ser por

reclamación o 'claims made', por cuanto la cobertura está delimitada temporalmente por distintas modalidades y combinación de cláusulas.
 (...)

De conformidad con dicho precepto [4° de la Ley 389 de 1997], pueden presentarse las siguientes situaciones:

Que coincidan dentro de la vigencia tanto el hecho dañoso, como la reclamación de la víctima al asegurado o la aseguradora.

Que el hecho dañoso sea anterior a la vigencia, pero el reclamo se presente dentro de ésta.

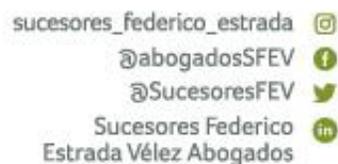
Que se cubran sucesos acaecidos durante la vigencia, pero el reclamo se haga por fuera de la misma, en un plazo preestablecido para notificaciones.

*El primer caso es connatural al convenio, pero los **otros dos requieren de pactos expresos, claramente delimitados, cuya interpretación exige del fallador un examen estricto y restringido, que impida extender los amparos a riesgos no cubiertos o dejar por fuera aquellos que sí lo están.***

*En esa medida, es claro que el Tribunal no se equivocó al decidir en la forma como lo hizo, porque una interpretación finalista del canon 4° de la Ley 389 de 1997, **imponía que la reclamación se surtiera dentro de la vigencia de la póliza que rigió entre el 3 de junio de 1998 y el 3 de junio de 1999, lo cual significa que aun cuando el siniestro ocurrió, no hay lugar a su pago por incumplimiento de una estipulación contractual.**"^[2] (Negrilla y subraya fuera del texto).*

Por lo anterior, solicitamos que se declaren imprósperas las pretensiones del llamamiento en garantía, toda vez que, conforme a las estipulaciones contractuales, que fueron pactadas bajo la égida de la buena fe y que son ley para las partes, no existe cobertura del contrato de seguro, ya que la reclamación al asegurado y/o asegurador se realizó mucho tiempo después de terminada la vigencia del contrato de seguro.

^[2] Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO Magistrado Ponente. SC10300-2017. Radicación n° 76001-31-03-001-2001-00192-01. (Aprobada en sesión de siete de junio de dos mil diecisiete). Bogotá, D.C., dieciocho (18) de julio de dos mil diecisiete (2017).



3.2.- SUBSIDIARIAS

3.2.1.- LÍMITE ASEGURADO Y CORRELATIVA DISPONIBILIDAD DE ÉSTE

La Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 520-88-994000000028, tuvo dos vigencias con relación en las culés se puede establecer el límite asegurado y la correlativa disponibilidad de ésta, a saber:

La consagrada en el Anexo 0 de Expedición, vigente entre el 28 de noviembre de 2017 y el 28 de noviembre de 2018, con un **valor asegurado de \$3.500´000.000**, el cual está claramente establecido en el certificado de la Póliza.

Y la consagrada en el Anexo No 5 de Renovación, vigente entre el 28 de noviembre de 2018 y el 28 de noviembre de 2019, con un **valor asegurado de \$3.700´000.000** y el cual está claramente establecido en el certificado de la Póliza.

Asimismo, en cuanto a la cobertura a perjuicios extrapatrimoniales, en las Condiciones Particulares de la Póliza se establece el sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia; adicionalmente, que en daños morales se encuentran amparados los perjuicios fisiológicos y los daños a la vida en relación; y, finalmente, que, dentro del mismo sublímite, se incluye el lucro cesante.

Estos límites y sublímites al valor asegurado establecidos en la Póliza constituyen el límite de la responsabilidad de mi representada como aseguradora.

Así lo señalan las Condiciones Generales de la póliza, contenidas en las proformas 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2 y 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI -que también se aportan-:

“6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

A. LÍMITE POR EVENTO

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

...”

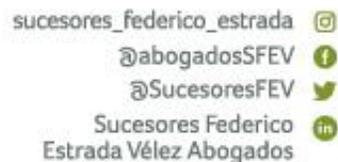
Por tal razón, mi representada no estará obligada a pagar suma alguna que exceda este valor asegurado, el cual, además, deberá estar disponible al momento de una eventual condena.

3.2.2.- DEDUCIBLE PACTADO

En el remotísimo e hipotético evento de proferirse una sentencia condenatoria en contra de nuestra llamante en garantía, en todo caso deberá tenerse en cuenta de conformidad con la pluricitada Póliza, que **la misma cuenta con un deducible pactado, el cual corresponde al 10% del valor de la pérdida, mínimo: \$5.000.000** para los amparos de responsabilidad civil institucional / transporte en ambulancia / responsabilidad civil del director médico / uso de equipos de diagnóstico o de terapéutica / suministro de medicamentos, de allí que sólo surgirá obligación en cabeza de mi representada, en el caso de que una eventual condena excediera esa cantidad mínima, y en caso contrario, de ser mayor, se deberá realizar la respectiva deducción de este último. de acuerdo en lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza base del llamamiento en garantía:

“7. DEDUCIBLE

Aseguradora solidaria será responsable de pagar exclusivamente la pérdida que exceda del deducible fijado en la carátula o las condiciones particulares de esta póliza. Para las reclamaciones derivadas de un mismo acto médico o de una serie de actos médicos o para las pretensiones indemnizatorias derivadas de un mismo hecho dañino o de una serie de hechos dañinos que bajo la presente póliza se consideran un solo evento, se aplicará un solo deducible.”



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

Por su parte, la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 520-88-994000000038, Anexo O -Expedición y Anexo 5 -Renovación, con vigencia desde el 28 de noviembre de 2017 al 28 de noviembre de 2018 y desde el 28 de noviembre de 2018 hasta el 28 de noviembre de 2019 respectivamente, excluye expresamente en sus condiciones particulares la responsabilidad civil médica individual de los médicos y la del director médico y personal administrativo de la institución, así:

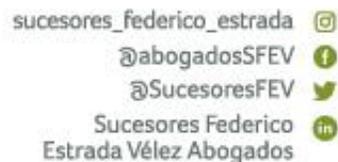
“EXCLUSIONES:

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

- ...
 - *RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INDIVIDUAL DE LOS MEDICOS O INTERVINIENTES EN EL ACTO MEDICO, QUE PRESTEN SUS SERVICIOS DENTRO DE LA INSTITUCION MEDICA BAJO CUALQUIER CONTRATO O AUTORIZACION DEL ASEGURADO.*
 - *RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTION DEL DIRECTOR MEDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCION ASEGURADA.*
- ...”

3.2.4. EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

Por su parte, la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 520-88-994000000038, Anexo O -Expedición y Anexo 5 -Renovación, con vigencia desde el 28 de noviembre de 2017



al 28 de noviembre de 2018 y desde el 28 de noviembre de 2018 hasta el 28 de noviembre de 2019 respectivamente, excluye expresamente en sus condiciones particulares la responsabilidad civil contractual, así:

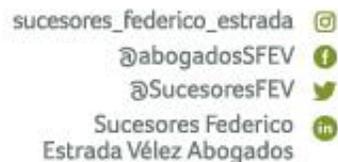
“EXCLUSIONES:

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

- **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”.

Así las cosas, como el llamamiento en garantía realizado por Hernán Ocazonez a PROMEDAN tiene como sustento factico que *“Entre la sociedad Hernán Ocazonez y Cía. S.A.S. y PROMEDAN, se celebró, el 15 de agosto de 2014, contrato de prestación, cuyo objeto consistió en que: “El CONTRATISTA se obliga para con la empresa contratante a prestar los servicios de imagenología”, obligándose el CONTRATANTE a: “cumplir con las obligaciones de tipo general establecidas en la ley para este tipo de contratos”.*

Y en su defensa PROMEDAN explica que la señora YILLIAM ANDREA JARAMILLO nunca tuvo atenciones médicas en PROMEDAN; sino que su única relación con los hechos deriva de una orden de trámite de tipo administrativo en virtud del contrato denominado red súmate, entre COOMEVA EPS y PROMEDAN.



Es que, proponemos que, en el remoto evento en que se condene a PROMEDAN con fundamento en algunos de estos contratos y no por una responsabilidad civil profesional médica, que es el objeto de la cobertura de la póliza, se entienda que esa actividad no estaría amparada.

3.2.5.- LA GENÉRICA

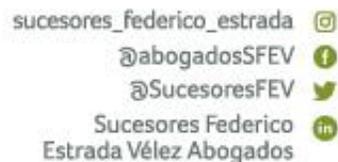
Solicito al Despacho se sirva declarar todas aquellas excepciones de mérito que no hubieren sido propuestas, pero que sean debidamente probadas dentro del proceso, de acuerdo con lo previsto en el artículo 281 del CGP, el inciso segundo del artículo 187 del CPACA y el principio *Iura Novit Curia*.

4.- FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL PRIMERO: Este hecho consta de varias afirmaciones frente a las cuales nos pronunciamos de la siguiente manera:

- De acuerdo con las pruebas documentales que reposan en el expediente, como lo son los registros civiles de nacimiento, es cierto que la señora Yilliam Andrea Jaramillo Murillo nació en Puerto Nare el 06 de agosto de 1992, es hija de los señores Gloria Liliana Murillo y César Jaramillo y hermana de Lizeth Katerin Jaramillo.
- No le consta a mi representada y tampoco se aporta prueba junto con la demanda de que el señor Nicolás Albeiro López López sea el padre de crianza de la señora Yilliam Andrea y en tal sentido deberá probarse.

AL SEGUNDO: A mi representada en su calidad de aseguradora y por ser ajena a ella, no le constan las sensaciones y la fecha en la que la víctima decidió consultar

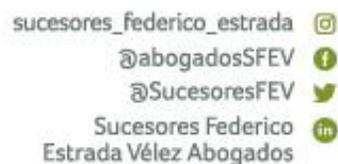


al médico ni la entidad a través de la cual lo realizo y mucho menos las ordenes médicas que se le formularon en dicha consulta, razón por la cual nos atenemos a lo que resulte estrictamente probado dentro del proceso, advirtiéndolo que de conformidad con las pruebas que reposan en el expediente, así como lo manifestado por nuestro llamante en garantía, la primera ecografía mamaria objeto de discusión en este proceso no fue expedida por Promedan S.A sino por Coomeva EPS.

AL TERCERO: A mi representada **no le consta** la fecha en la que se le realizó ecografía mamaria a la señora Yilliam Andrea y mucho menos los descubrimientos que se obtuvieron con ésta, razón por la cual deberá probarse, pero no sin antes advertir que de conformidad con lo manifestado en este hecho, ante los hallazgos se sugirió, más no se ordenó de manera urgente una biopsia ecodirigida, a lo cual debe sumarse que no solo no le consta a mi representada sino que además tampoco se hace referencia en este hecho de cuál fue la entidad que efectivamente ordenó y realizó dicha ecografía, debiendo precisar que de conformidad con lo manifestado por nuestra llamante en garantía, tampoco fue Promedan S.A. quien ordeno y realizó dicha ecografía y en tal sentido tampoco tiene responsabilidad alguna derivada de su imprecisión.

AL CUARTO: Este hecho consta de dos afirmaciones frente a las cuales nos permitimos pronunciarnos de la siguiente manera:

- A mi representada en calidad de aseguradora no le consta, la fecha y la IPS a la que la señora Yilliam Andrea consultó, razón por la cual deberá probarse, advirtiéndolo que, de conformidad con lo manifestado por nuestra llamante en garantía, la IPS que se encargó de su atención, y recetó realizarse la biopsia fue la IPS, Integrados IPS LTDA y no Promedan S.A.
- En igual sentido, tampoco le consta que efectivamente se le haya sugerido la realización de una biopsia, quién la ordenó y la institución ante la cual se ordenó,

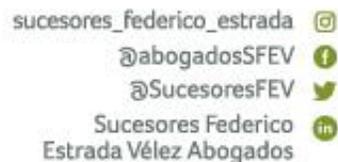


razón por la cual deberá probarse y nos atenemos a lo que resulte estrictamente probado dentro del proceso, pero no sin antes advertir que al parecer fue la misma Integrados IPS LTDA, quién solicitó la realización de una biopsia en la entidad Hernán Ocazonez, debiendo precisar de una vez que **Promedan S.A no presto ninguna atención de ningún tipo a la señora Yilliam Andrea y en tal sentido tampoco cuenta con ninguna historia clínica a nombre de ésta.**

AL QUINTO: No le consta a la entidad que represento en calidad de aseguradora; sin embargo, de acuerdo con las pruebas documentales que reposan en el expediente, sí bien parece ser cierto que el 24 de febrero de 2018 la señora Yilliam Andrea acudió a las instalaciones de Hernán Ocazonez y Cia S.A.S para que se le realizaría una biopsia ecodirigida, al parecer la misma no se le realizó no porque el médico Antonio Jaller Estrada, de manera indiscriminada se abstuviera de realizarla sino porque la ecografía con la que se contaba no era suficientemente clara y además el médico tampoco logró encontrar la masa a la cual practicar la biopsia, siéndole físicamente imposible tomar una muestra de una masa que no había identificado.

AL SEXTO: No es un hecho sino un relato literal de lo concluido en el informe pericial que se aporta con la demanda, frente al cual nos permitimos advertir desde ya que se desconoce la validez, autenticidad, imparcialidad y veracidad de dicho Dictamen y debiendo precisar que de lo narrado se desprende que, el hecho de que la víctima tuviera antecedentes familiares con cáncer no incrementaba la necesidad de una remisión y que la omisión, negligencia e impericia, en caso de existir, recae única y exclusivamente en cabeza de Coomeva EPS.

AL SÉPTIMO: A mi representada **no le constan** las sensaciones y los sentimientos padecidos por la señora Yilliam Andrea una vez fue atendida en Hernán Ocazonez, razón por la cual se atiende a lo que resulte probado dentro del proceso.



AL OCTAVO: En este hecho se hacen varias afirmaciones frente a las cuales responderemos de forma separada, así:

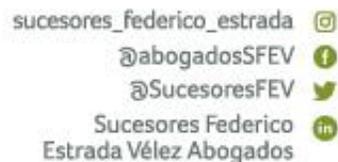
- A mi representada no le consta que la molestia, los dolores y el tamaño de la masa de mama de la señora Yilliam Andrea hubieran estado aumentando.
- Así mismo, tampoco le consta que la señora Yilliam Andrea el 04 de marzo de 2018 hubiera sido atendida por el cirujano Alejandro Misas Barrera en la Clínica Medellín de Occidente y mucho menos lo concluido y ordenado por éste, razón por la cual deberá probarse.

AL NOVENO: No le consta a la entidad que represento en calidad de aseguradora, razón por la cual nos vemos sujetos a lo que se pruebe dentro del proceso, advirtiendo que Promedan S.A no tuvo nada que ver con dicha atención, la cual al parecer estuvo única y exclusivamente en cabeza de Coomeva EPS.

AL DÉCIMO: **No nos consta** la naturaleza y el grado de prioridad de la orden con la que contaba la señora Yilliam Andrea para ser atendida por un especialista en mastología, así como la omisión en la asignación de dicha atención por parte de la EPS y mucho menos lo referente a la cita de medicina general y lo ordenado en ella, debiendo advertir que lo único que se desprende y dilucida de lo anterior, es que nuestra asegurada Promedan S.A nada tiene que ver con los hechos que se relatan.

AL DÉCIMO PRIMERO: A la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C, **no le consta** la deficiencia en la atención brindada por Coomeva EPS; nos atenemos a lo que se pruebe.

AL DÉCIMO SEGUNDO: A mi representada **no le constan** las deficiencias y precariedades en la atención del servicio brindado a la señora Yilliam Andrea por parte de Coomeva EPS.

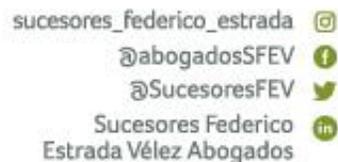


Debiendo advertir, por último, que tal y como se manifestó anteriormente, en la atención brindada el 24 febrero de 2018 en Hernán Ocazonez no se rehusó a realizar la biopsia, sino que la misma no pudo ser realizada al no encontrar la masa sobre la cual debía de practicarse, siendo completamente normal que 5 meses después, ante el descubrimiento de una nueva masa, sí identificable y palpable, se le ordenará nuevamente la realización de una biopsia, sin que esto signifique negligencia o impericia alguna por parte de dicha entidad.

AL DÉCIMO TERCERO: No nos consta lo relativo a la autorización de biopsia a la señora Yilliam Andrea para el mes de Julio de 2018, por lo cual, deberá probarse.

AL DÉCIMO CUARTO: Este hecho consta de varias afirmaciones frente a las cuales nos pronunciaremos por separado, de la siguiente manera:

- Sí bien en principio no le consta a mi representada en calidad de aseguradora, de acuerdo con las pruebas y demás piezas procesales que reposan en el expediente, **parece ser cierto** que el 25 de julio de 2018 se le realizó biopsia a la señora Yilliam Andrea en la misma entidad Hernán Ocazonez.
- **No es cierto** que dicha biopsia debió habersele practicado a la señora Yilliam Andrea 5 meses antes en la primera atención brindada en Hernán Ocazonez, pues, tal y como se viene manifestando, de acuerdo con las pruebas documentales que reposan en el expediente, en dicha atención no se practicó la biopsia no porque no quisiera, sino porque no era posible para el Galeano realizarlo al no identificar la masa, debiendo precisar que la masa analizada en la biopsia a la que se hace referencia en este hecho, puede ser totalmente diferente a la estudiada y buscada en el mes de febrero.
- A mi representada **no le constan** los hallazgos y las conclusiones obtenidas con base en la biopsia practicada y el estudio de la patología y en tal sentido deberá probarse.



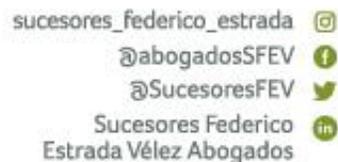
AL DÉCIMO QUINTO y AL DÉCIMO SEXTO: No nos consta, la negligencia e impericia en la prestación del servicio médico o de salud por parte de Coomeva EPS a la señora Yilliam Andrea y mucho menos que la anterior haya tenido que asumir de manera particular lo concerniente a las citas médicas que no le eran ordenadas por la EPS.

AL DÉCIMO SÉPTIMO y OCTAVO: No le consta a la entidad que represento en calidad de aseguradora lo referente al diagnóstico de cáncer de mama de la señora Yilliam Andrea el 16 de agosto de 2018 y los tratamientos y los procedimientos a los cuales se vio sometida; debiendo advertir que no se tiene certeza si dicha enfermedad hubiera podido ser diagnosticada de manera oportuna y sí como consecuencia de ello se hubieran podido evitar las consecuencias y secuelas de la enfermedad y sus tratamientos, lo cual deberá probarse.

DEL DÉCIMO NOVENO AL VIGÉSIMO PRIMERO: A mi representada **no le constan** las acciones que debió realizar la señora Yilliam Andrea en contra de Coomeva EPS para procurar que se le prestará el servicio de salud de manera adecuada, así como tampoco le constan las consecuencias de dichas acciones, razón por la cual nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL VIGÉSIMO SEGUNDO Y TERCERO: A mi representada **no le constan** las cirugías, tratamientos, procedimientos y demás intervenciones medicas a las que se vio sometida la señora Yilliam Andrea como consecuencia de su enfermedad, razón por la cual nos atenemos a lo que se prueba dentro del proceso.

AL VIGÉSIMO CUARTO: A mi representada en calidad de aseguradora **no le consta** lo concerniente a la clasificación del cáncer de mama; sin embargo es importante señalar que de conformidad con las pruebas documentales que reposan en el expediente, Hernán Ocazonez no desconoció la Lex Artis y por el contrario, la cumplió a cabalidad de manera diligente y oportuna al intentar pero no poder realizar la biopsia en el mes de febrero de 2018 y debiendo resaltar, primero, que esos 5

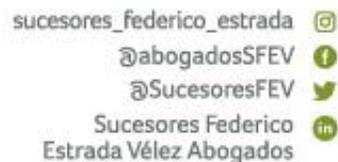


meses durante los cuales creció y empeoró la masa, se deben única y exclusivamente al actuar imprudente e imperito de Coomeva EPS de conformidad quién no realizó el seguimiento ecográfico y clínico de la paciente, aún teniendo conocimiento de los riesgos y de las repetidas solicitudes levantadas por ésta.

Se deja constancia de la confesión que realiza la parte actora al manifestar que en ésta biopsia se le descubrió la aparición de un ganglio que no estaba descrito en la primera ecografía de 2018, siendo preciso señalar que los motivos por los cuales la señora Yilliam Andrea empeoró y tuvo que ser intervenida en este caso, pudieron haber aparecido con posterioridad a la biopsia ordenada en el mes de febrero de 2018 en Hernán Ocazonez y Cia S.A.S.

DEL VIGÉCIMO QUINTO AL OCTAVO: No es un hecho, sino un relato de lo analizado y concluido por el Doctor Serna Agudelo en el dictamen pericial que se aporta con la demanda y en tal sentido, nos limitamos a oponernos a la prosperidad, veracidad y certeza de dicha prueba, al no estar realizada por un médico especialista en cada una de las áreas de la medicina que acá se tratan y además, en lo concerniente a la reducción de la expectativa de vida, se tiene que tampoco se tiene certeza de que efectivamente se haya reducido dicha expectativa y mucho menos del porcentaje en el cual se redujo, razón por la cual no deberá ser tenido en cuenta al momento de fallar de fondo la presente litis, debiendo además, reiterar todo lo relativo a la biopsia que no se le pudo realizar a la señora Yilliam Andrea como consecuencia de no haber encontrado la masa a la cual debía tomársele la muestra, situaciones todas estas, completamente ajenas a nuestro llamante en garantía y asegurado, Promedan S.A frente a quién se deberán desestimar todas y cada una de las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía.

AL VIGÉSIMO NOVENO y AL TRIGÉSIMO: No le constan a la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. y tampoco se aportan pruebas junto con la demanda, que permitan probar el real sufrimiento y la cuantía de los supuestos perjuicios de naturaleza patrimonial y extrapatrimonial sufridos por el núcleo familiar de la señor

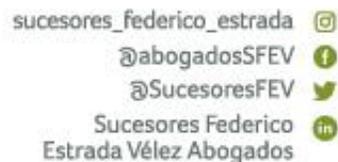


Yilliam Andrea, así como la relación de padre de crianza que supuestamente tiene el señor Nicolás Albeiro López López con la víctima directa y en tal sentido no puede presumirse perjuicio moral alguno en cabeza de éste. Así como tampoco se aporta prueba del daño emergente constitutivo de las erogaciones en las que supuestamente tuvieron que incurrir para la realización de citas, exámenes y ordenes medicas de manera particular, todo esto, lo cual deberá probarse, ateniéndonos a lo que resulte estrictamente probado dentro del proceso.

AL TRIGÉSIMO PRIMERO: No le consta a mi representada en calidad de aseguradora la afectación emocional, sentimental y social que padeció la señora Yilliam Andrea tras ser sometida a los tratamientos y los procedimientos consecuencia de su enfermedad, razón por la cual deberá probarse.

AL TRIGÉSIMO SEGUNDO: A mi representada, la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. **no le consta** y tampoco se aporta prueba junto con la demanda, de que efectivamente la señora Yilliam Andrea hubiera perdido algún tipo de oportunidad, pues no debe dejarse de lado, que sí bien su EPS fue negligente al momento de diagnosticar y tratar su enfermedad, lo cierto es que en este caso **hay como tener certeza** del momento y la gravedad en que apareció la enfermedad por la cual debió ser sometida a las intervenciones y los procedimientos que dicen haberla afectado, teniendo que aún en caso de habersele dado un atención oportuna y perita, en igual sentido se hubiera podido haber visto sometida a dichas intervenciones.

TRIGÉSIMO TERCERO: No solo no le consta, sino que además tampoco se aporta prueba alguna junto con la demanda, que permita probar el real padecimiento de dolores, angustia y zozobra en cabeza de la señora Yilliam Andrea como consecuencia de su enfermedad junto con los inconvenientes en su diagnóstico y tratamiento, los cuales se itera, recaen en cabeza única y exclusiva de Coomeva EPS, por lo cual dicho perjuicio deberá probarse.



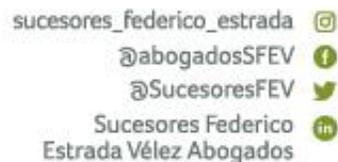
TRIGÉSIMO CUARTO: A mi representada **no le constan** los supuestos perjuicios de naturaleza patrimonial que dice haber sufrido la demandante como consecuencia de su enfermedad; sin embargo se resalta lo confesado en este hecho por la parte demandante, en el entendido, de haber confesado que fue la EPS quien, con su actuar negligente e imperito causo la tasación de perjuicios que acá se pretende y en tal sentido, no tendría sentido que el mismo fuera asumido por cualquier otra entidad demandada diferente a Coomeva EPS.

AL TRIGÉSIMO QUINTO: Parece ser cierto, de conformidad con los documentos aportados como anexo de la demanda, pues mi representada no fue citada a la referida audiencia de conciliación prejudicial.

5.- FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Nos oponemos a la totalidad de las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta que, tal y como se explica a continuación, no están dados los presupuestos para que se configure la responsabilidad civil de nuestro llamante, Promedan S.A., cuales son; 1) un actuar negligente, imprudente o imperito en la prestación del servicio médico; 2) un daño; y 3) un nexo causal entre los dos elementos anteriores, teniendo que en este caso Promedan S.A, ni siquiera participo en las atenciones y prestaciones del servicio de salud de la señora Yilliam Andrea y en tal sentido mucho menos es la responsable de su deficiencia e impericia, al no ser la IPS de atención básica de la señora Yilliam Andrea, la cual fue Integrados IPS LTDA, y en tal sentido tanto nuestra llamante como mi representada, la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., carecen de legitimación en la causa por pasiva y de responsabilidad alguna en los perjuicios que se pretenden les sean indemnizados.

Ahora, en lo que concierne a la perdida de oportunidad, perjuicio moral y daño a la vida de relación, se tiene que en este caso no se aportaron suficientes elementos probatorios que permitan acreditar el real padecimiento y la cuantía de dichos



perjuicios, debiendo precisar que tampoco se logró probar el vínculo de parentesco o afinidad del señor Nicolás Albeiro López López y en tal sentido, tampoco puede reconocerse perjuicio alguno en cabeza de éste.

En igual sentido, nos oponemos a la prosperidad del reconocimiento y pago de un perjuicio patrimonial, como lo es el lucro cesante y daño emergente, toda vez que el mismo no solo carece de prueba sino que además obedece a conceptos que se deben entender incluidos dentro de la condena en costas y agencias en derecho consagrada en el artículo 361 del C.G del P, sin que pueda ser indemnizado dos veces el mismo daño, siendo tan solo \$1.253.797 el valor de los exámenes y la consultas médicas que debió asumir la señora Yilliam Andrea de manera particular, lo cual además sería responsabilidad única y exclusiva de Coomeva EPS.

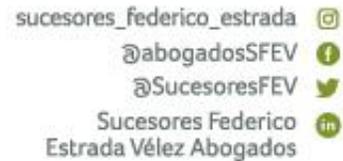
Por último, al momento de fallar de fondo la presente litis, debe tenerse en cuenta que con fundamento en las pretensiones propuestas en este acápite, se celebró contrato de transacción entre la parte actora, Coomeva EPS y Seguros Confianza S.A., razón por la cual, no solo los verdaderos causantes ya respondieron y en tal sentido, no debe haber lugar a condena alguna, sino que además, en el remoto e hipotético caso en que se llagase a dictar una sentencia contradictoria a los intereses de mi representada, dicha transacción deberá ser tenida en cuenta para una compensación y reducción del monto indemnizable.

6.- EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

6.1.- PRINCIPALES

6.1.1.- EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE AL PRESENTE CASO ES EL SUBJETIVO, CON CULPA PROBADA

Antes que nada, es fundamental tener en cuenta que la carga de la prueba de la responsabilidad médica endilgada en la demanda frente a nuestro llamante en



garantía recae en los demandantes. En ese sentido, es claro el inciso primero del artículo 167 del CGP¹, al regular la carga de la prueba y señalar que *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.”*

Asimismo, ha sido clara la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia -Sala de Casación Civil²; en cuanto a que, en materia de responsabilidad médica y teniendo en cuenta que la obligación del galeno es de medios y no de resultado, incumbe al acreedor insatisfecho demostrar los actos de inejecución que se endilgan a la entidad médica

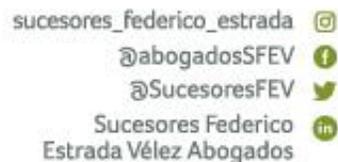
En el mismo sentido, también ha señalado la doctrina que, tratándose de la responsabilidad médica, la obligación del deudor -es decir, del médico- es de medios, sin que pueda considerarse que la misma se incumplió por el hecho de que el resultado esperado no se logró, pues existen un sinnúmero de imponderables consustanciales al alea médico-de ayuda diagnóstica - radiografía y, en esa medida, incumbe al acreedor probar la culpa del deudor; tal y como lo indica el doctrinante Carlos Ignacio Jaramillo en su obra Responsabilidad Civil Médica.³:

En conclusión, es claro que el presente caso, en el que se discute una presunta responsabilidad por la prestación del servicio médico, debe analizarse desde un régimen subjetivo de responsabilidad, y, adicionalmente, de culpa probada, en virtud del cual le corresponde a los demandantes demostrar fehacientemente no sólo la existencia de un daño indemnizable, sino, además, la existencia de una supuesta falla en la prestación del servicio médico -la cual, advertimos desde ya, es inexistente con respecto a nuestro llamante-, y,

¹ Al cual se acude en virtud de las remisiones que a este Estatuto hace el CPACA en sus artículos 211 y 306.

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Magistrada ponente: Margarita Cabello Blanco. SC2804-2019. Radicación N° 76001-31-03-014-2002-00682-01. Bogotá D. C., veintiséis (26) de julio de dos mil diecinueve (2019).

³ Carlos Ignacio Jaramillo J. *Responsabilidad civil médica: La relación médico-paciente*. Pontificia Universidad Javeriana. 2ª ed. 2019. Págs. 330 y 331.



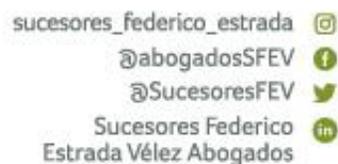
adicionalmente, que dicho daño tiene como causa única y eficiente dicha supuesta -e inexistente- culpa; debiéndose, en caso contrario, denegar íntegramente las pretensiones de la demanda.

6.1.2.- FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA POR PARTE DE NUESTRO LLAMANTE, PROMEDAN S.A.

Basta con remitirse a los hechos de la demanda, para darse cuenta de que, ninguna de las omisiones, negligencias e impericias en las cuales se fundamenta la presente acción fueron causadas por la acción u omisión de nuestra llamante en garantía, Promedan S.A. a través de ninguna de sus instituciones o médicos vinculados, pues ésta únicamente se encargó de remitir a la señora Yilliam Andrea a Hernán Ocazonez y CIA S.A.S para que allí le realizaran la biopsia que le había sido ordenada por la IPS en la que realmente estaba siendo atendida, la cual era, Integrados IPS Limitada. Actuando así Promedan S.A única y exclusivamente en calidad coordinadora del centro regulador de pacientes RED SÚMATE, más no de IPS, EPS o entidad alguna encargada y responsable de la atención medica de la señor Yilliam Andrea, debiendo advertir que sí bien fue Promedan S.A quién remitió a la paciente a Hernán Ocazonez para que se le realizara la biopsia en dicha entidad, dicha remisión fue adecuada; sin embargo fue por riesgos inherentes a la actividad médica que no se pudo llevar a cabo la práctica de la biopsia, tal y como lo describe Hernán Ocazonez en su contestación.

6.1.3.- INEXISTENCIA DEL HECHO CULPOSO, IMPRUDENTE O IMPERITO POR PARTE DE NUESTRO LLAMANTE, PROMEDAN S.A.

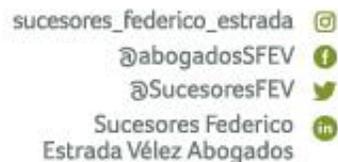
No pudo haber en este caso un actuar culposo negligente o imperito por parte de Promedan S.A, porque ni siquiera hubo un actuar, lo anterior sí se tiene en cuenta que Promedan S.A. no fue la entidad encargada y responsable de la prestación del



servicio de salud, pues ésta era Coomeva EPS y en tal sentido, tampoco fue la entidad encargada de la atención médica básica que estaba al tanto del estado de salud de la señora Yilliam Andrea y ordenó la biopsia, la cual fue Integrados IPS LTDA y mucho menos fue la entidad encargada de realizar las radiografías y las biopsias que efectivamente fueron ordenadas en debida forma, pero que de conformidad con lo manifestado por Hernán Ocazonez en su contestación, no pudo ser realizada como consecuencia de riesgos inherentes a dichas ayudas diagnósticas, al no haber encontrado la masa sobre la cual realizar la biopsia. Debiendo advertir con ello que al no haber ni siquiera una prestación del servicio médico de ningún tipo por parte de nuestro llamante en garantía, mucho menos puede calificarse la misma como culposa.

Aunado a lo anterior, se tiene que, en igual sentido, de conformidad con lo descrito por Hernán Ocazonez en su contestación, tampoco hubo un actuar negligente, imperito e inoportuno por parte de dicha entidad, pues sí bien la orden de biopsia si fue recibida y procesada en debida forma, ese día no se pudo realizar no por falta de preparación o voluntad del médico encargado de dicho examen, sino porque no se encontró la masa sobre la cual se debía tomar la muestra de biopsia siendo esto un riesgo inherente a dicha labor y quedando así físicamente imposible para el médico tomar una biopsia sobre una masa que no identificaba, actuando incluso de manera diligente y cuidadosa al recomendarle a la paciente continuar con un seguimiento ecográfico acorde con la evolución clínica..

Y aún en el hipotético caso de considerar que Promedan S.A. tuvo relación alguna con los hechos que nos convocan, debe aclararse que éste únicamente actuó como administrador de la RED SÚMATE, es decir como coordinador del centro regulador de pacientes, quien únicamente tuvo la obligación de conseguir la atención de la paciente en Hernán Ocazonez que fue solicitada por el médico tratante de la IPS Integrados IPS LTDA, ante lo cual debe concluirse que Promedan S.A cumplió a cabalidad y en debida forma con la única obligación que tuvo en la atención médica prestada a la señora Yilliam Andrea al conseguir de manera oportuna y eficaz una



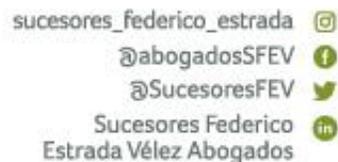
entidad en la cual la anterior se pudiera realizar la biopsia que le había sido ordenada.

En consecuencia, Promedan S.A no solo no tuvo ninguna acción u omisión relacionada con los supuestos facticos que dieron lugar a los perjuicios que se reclaman sino que además no existió ninguna supuesta falla del servicio médico de nuestro llamante y por el contrario ésta actuó de manera diligente, perita y conforme con las *lex artis*, en lo concerniente a la poca participación que tuvo en la atención brindada a la señora Yilliam Andrea, al ser únicamente la encargada de remitir a la anterior a una entidad en la cual se le pudiera realizar la Biopsia que había sido ordenada por el médico tratante de su verdadera IPS, lo cual exonera de cualquier responsabilidad a nuestra llamante en garantía y, en consecuencia, a mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia.

6.1.4.- INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR DE NUESTRO LLAMANTE Y EL DAÑO QUE SE RECLAMA

Para efectos de endilgar responsabilidad a una persona natural o jurídica, es necesario entrar a establecer si realmente existe un nexo causal entre los actos médicos o administrativos practicados por la parte demandada, y los perjuicios reclamados por la parte actora, es decir, si existe una relación de causalidad entre la conducta desplegada por los agentes y el daño producido por las víctimas.

Ante lo cual, partiendo de la base de que en este caso ni siquiera hubo una actuación o atención médica o administrativa a cargo de Promedan S.A., al no ser la EPS, la IPS, ni la entidad encargada de realizar la biopsia y teniendo que actuó diligente, cuidadosa y oportunamente al momento de remitir a la paciente a Hernán Ocazonez, para que allí se le practica la biopsia que le había sido ordenada en su IPS, mucho menos podría predicarse que existe una relación de causalidad entre su conducta y los daños que se reclaman, y en tal sentido éstos no le son atribuibles ni imputables jurídicamente a Promedan S.A.

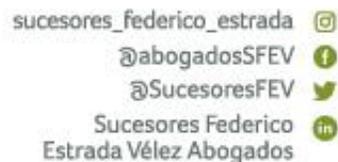


Aunado a lo anterior, se tiene que, en este caso los daños ocasionados, obedecen única y exclusivamente a conductas y atenciones desplegadas por un tercero debidamente determinado y completamente ajeno a mi representada y a nuestro llamante en garantía, siendo este Coomeva EPS, quién además como si fuera poco con toda la negligencia, impericia e inoperancia descrita en la demanda, celebró un contrato de transacción con la parte actora, lo cual es prueba de su responsabilidad, teniendo que nos encontramos ante un hecho exclusivo y determinante de un tercero (Coomeva EPS) a lo cual debe sumársele la naturaleza misma de la enfermedad que padecía la señora Yilliam Andrea, la cual era bastante delicada y aun habiendo tenido la mejor atención pudo haber sido sometida a todos los tratamientos y haber sufrido los perjuicios que se reclaman, tal y como pasará a exponerse más detalladamente en la siguiente excepción.

Así las cosas, es evidente que el poco o casi nulo proceder de nuestra llamante en garantía, no tuvo relación alguna de causalidad con la tardanza y la impericia en el diagnóstico e inicio de los tratamientos a los que se vio sometida la señora Yilliam Andrea, por ese motivo, la sentencia que ponga fin al proceso deberá negar las pretensiones de la demanda formuladas en contra de nuestra llamante en garantía y, en consecuencia, absolver a mi representada, por la inexistencia del nexo causal.

6.1.5.- CAUSA EXTRAÑA – HECHO EXCLUSIVO Y DETERMINANTE DE UN TERCERO–

En primer lugar, debemos aclarar que sí bien Coomeva EPS en un principio fue demandado directo en este proceso, posteriormente la parte actora desistió de las pretensiones en contra de éste como consecuencia de un contrato de transacción extrajudicial celebrado con las víctimas, ante lo cual, cabe afirmarse que actualmente es un tercero extraño y ajeno no solo a mi representada sino también nuestro llamante en garantía y a este proceso.



En efecto, a pesar de que en la demanda se pretende atribuir -infundadamente- la responsabilidad de la negligente e inoportuna atención médica de la señora Yilliam Andrea y las consecuencias que ello trajo a Hernán Ocazióenz y Cía S.A.S y consecuentemente a Promedan S.A, lo cierto es que tal y como se describe y explica en la demanda, la causa de los perjuicios que se reclaman deben buscarse en otros actores como es la EPS a la que estaba afiliada la señora Yilliam Andrea, y se deberá analizar si otorgó citas, remitió con especialistas, ordenó exámenes, tratamientos y demás a la señora Yilliam Andrea de manera oportuna y diligente para precaver y atender en debida forma la enfermedad que esta padecía.

Por último, se itera que Promedan S.A no era la IPS encargada de la atención medica de base de la señora Yilliam Andrea y en tal sentido, nunca atendió ni tuvo nada que ver con la prevención, realización de ordenes o formulas médicas, así como el tratamiento o la realización de ayudas diagnosticas a la señora Yilliam Andrea en razón de su enfermedad y en todo momento desconoció y hasta el momento desconoce el cuadro y la evolución clínica de la víctima directa, siendo todos los perjuicios que aquí se reclaman totalmente ajenos y extraños a nuestra llamante en garantía.

En estos eventos, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 19 de marzo de 2020⁴, preciso lo siguiente:

*“Observa esta Sala que la responsabilidad civil alegada dentro del comentado litigio corresponde a la prevista en el artículo 2356 del Código Civil, esto es, la originada por el ejercicio de actividades peligrosas (...). No obstante, se ha sostenido de manera uniforme y reiterada, que el autor de la citada responsabilidad sólo puede eximirse de ella si prueba la ocurrencia del elemento extraño, esto es, la fuerza mayor, el caso fortuito, **y la intervención exclusiva de un tercero o de la víctima** (...). Esta Corte refiriéndose a la incidencia del*

⁴ Sentencia del 19 de marzo de 2020, MP Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 11001-02-03-000-2020-00776-00

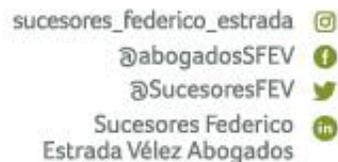
hecho de un tercero en casos donde el daño se produce por obra de una actividad peligrosa, ha adoctrinado:

*“(...) El régimen de responsabilidad por las actividades peligrosas es singular y está sujeto a directrices específicas en su etiología, ratio y fundamento. Por su virtud, el fundamento y criterio de imputación de la responsabilidad es el riesgo que el ejercicio de una actividad peligrosa comporta por el peligro potencial e inminente de causar un daño a los bienes e intereses tutelados por el ordenamiento. La culpa no es elemento necesario para estructurar la responsabilidad por actividades peligrosas ni para su exoneración; no es menester su demostración, ni tampoco se presume; el damnificado tiene la carga probatoria exclusivamente de la actividad peligrosa, el daño y la relación de causalidad; y, **el autor de la lesión, la del elemento extraño, o sea, la fuerza mayor o caso fortuito, la participación de un tercero o de la víctima que al actuar como causa única o exclusiva del quebranto, desde luego, rompe el nexo causal y determina que no le es causalmente atribuible, esto es, que no es autor. En contraste, siendo causa concurrente, pervive el deber jurídico de reparar en la medida de su contribución al daño.** Desde este punto de vista, tal especie de responsabilidad, por regla general, admite la causa extraña, esto la probanza de un hecho causal ajeno como la fuerza mayor o el caso fortuito, la intervención exclusiva de un tercero o de la víctima, (...)”.* (subrayas y negrilla fuera de texto).

6.2.- SUBSIDIARIAS

6.2.1.- PROHIBICIÓN DE DOBLE INDEMNIZACIÓN

De conformidad con lo manifestado en el transcurso de esta contestación y al encontrarnos con que, en este caso el único que podría llegar ser declarado responsable de los perjuicios que se reclaman es Coomeva EPS, no debemos dejar de lado, que dicha entidad ya asumió y realizó la indemnización y compensación de los perjuicios que se reclaman con el acuerdo transaccional celebrado con las víctimas y en tal sentido, acceder nuevamente al reconocimiento y pago de los mismos perjuicios produciría que se estuviera indemnizando dos veces los mismos daños y peor aún, esta segunda vez por personas que nos son responsables de



ellos, razón por la cual, en este caso se deben negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda y por el contrario acceder a las excepciones propuestas en esta contestación.

6.2.2.- COMPENSACIÓN

A pesar de que por las razones expuestas anteriormente, para este caso en concreto, tanto mi representada como nuestra llamante en garantía carecen de cualquier tipo de responsabilidad, en el remoto e hipotético caso en que se llegará a dictar una sentencia desfavorable a los intereses de nuestra llamante en garantía y en consecuencia de mi representada, la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C, deberá tenerse en cuenta el concepto y el monto de la indemnización y compensación asumida por Coomeva EPS, en el contrato de transacción celebrado con los demandantes, lo cual deberá ser compensado y deducido de una eventual condena, a la cual, de ante mano nos oponemos por improcedente.

6.2.3.-FALTA DE PRUEBA DEL LUCRO CESANTE PRETENDIDO

Frente a la pretensión de lucro cesante consolidado en favor de la víctima directa que asciende a la suma de \$2.529.254, debemos manifestar que el mismo carece de prueba suficiente en el expediente que lo respalde y resulta improcedente que el Despacho proceda con su reconocimiento y condena de pago, máxime cuando no se tiene certeza de que en realidad la señora Yilliam Andrea hubiera dejado de percibir los ingresos que se describen, pues no se trata simplemente de afirmar sino de demostrar la existencia de un daño, -con las características de ser personal, cierto y directo-, junto con el respaldo y la razón de ser de su cuantía, de lo cual no obra prueba suficiente en el expediente, teniendo que además, tampoco se tienen en cuenta para su liquidación los días de incapacidad que fueron totalmente asumidos tanto por la EPS como por el empleador, lo cual deberá probarse y siendo todas estas razones por las cuales se debe desestimar ésta pretensión.

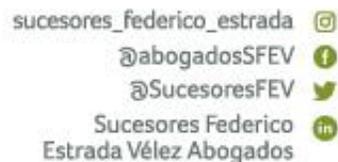
Sobre la necesidad de acreditar los daños sufridos por los demandantes, se ha pronunciado el tratadista Juan Carlos Henao, en su libro El Daño de la siguiente forma:

“El daño debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que no proceda su indemnización (...) Recordando al maestro Antonio Rocha, se puede anotar que dicha regla es apenas natural porque “los elementos que lo integran (el daño) son conocidos, mejor que nadie, por el mismo acreedor que los ha sufrido, y a él le toca, obviamente, poner de presente los medios conducentes para conocer su existencia y su extensión”. **No basta, entonces, que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia del daño, porque “el demandante no puede limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio”, que por demás no pueden ser valoradas “como si se tratara de hechos notorios o presumibles, y no de situaciones cuya comprobación, por mandato legal, le correspondía al demandante.”** Es así como el juez considera que el demandante debe probar la existencia del daño, so pena, sino lo hace, de impedir la declaratoria de responsabilidad⁵ (Negritas y subrayas fuera de texto).

6.2.4.- INDEBIDA Y EXCESIVA PRETENSIÓN DEL DAÑO EMERGENTE, Y EN TODO CASO, FALTA DE PRUEBA DE SU CAUSACIÓN

En lo referente al daño emergente que manifiesta haber sufrido la señora Yilliam Andrea, el cual asciende a la suma de \$13.026.336, se tiene que de conformidad con el desglose que de dicho perjuicio realiza la parte actora en el juramento estimatorio, nos vemos en la necesidad de realizar las siguientes manifestaciones:

⁵ Juan Carlos Henao. El Daño. Universidad Externado. Análisis Comparativa de la responsabilidad extracontractual del Estado en derecho colombiano y francés

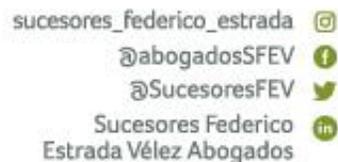


En primer lugar, las erogaciones en las que tuvo que incurrir la señora Yilliam Andrea en razón a honorarios de abogado, gastos de conciliación pre judicial y elaboración de dictamen pericial, no pueden ser pretendidas por concepto de daño emergente, pues no es cierto que las mismas fueran causadas como consecuencia directa del supuesto actuar negligente e imperito de los demandados en sus atenciones de servicio médico, sino que por el contrario dependen y están sujetos a la voluntad y libre administración de su patrimonio por parte de la señora Yilliam Andrea.

En igual sentido, dichas erogaciones obedecen y hacen parte integrante del concepto de costas y agencias en derecho consagrado y abarcado en los artículos 361 y 364 del C.G. del P, según los cuales, la totalidad de las expensas y de los gastos sufragados en el proceso, así como los honorarios de los peritos y de los abogados (agencias en derecho) deben ser asumidos por cada parte, salvo en los casos en los cuales haya lugar a una condena en costas, teniendo así, que dichos conceptos se encuentran inmersos en la condena en costas y agencias en derecho y no pueden ser doblemente pretendidos e indemnizados en este caso, teniendo que ser desestimados.

Y aún en el hipotético caso de que dichos perjuicios pudieran ser reconocidos y aceptados como daño emergente, en todo caso, tampoco existen en el expediente medios probatorios suficientes que permitan acreditar que efectivamente la señora Yilliam Andrea incurrió tanto en dichas erogaciones como en las supuestamente sufridas en razón a exámenes y consultas médicas y el valor de cada una de éstas, teniendo que advertir que éstas últimas están a cargo única y exclusivamente de Coomeva, en calidad de EPS de la señora Yilliam Andrea y en tal sentido deben ser desestimados en su totalidad.

6.2.5.- FALTA DE PRUEBA Y EXCESIVA TASACIÓN DEL DAÑO MORAL RECLAMADO

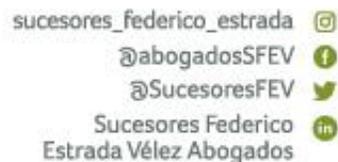


En la demanda, se solicita que los demandados, sean condenados al reconocimiento y pago de un daño moral a favor de todos los demandantes, siendo 60 SMLMV para la víctima directa y 30 SMLMV para cada una de las 3 víctimas indirectas; sin embargo, en el expediente no se allega prueba alguna que acredite la existencia, gravedad o intensidad de este perjuicio, por lo tanto, no es procedente su reconocimiento porque la pretensión de daño moral como perjuicio subjetivo, denominado por la doctrina como *Pretium doloris*, busca remediar en parte las angustias y depresiones producidas por el hecho lesivo, además del dolor físico padecido, por lo que **igualmente está sujeto a prueba dentro del proceso**, es decir, para que proceda su reconocimiento los demandantes debieron aportar prueba que permitiera determinar los perjuicios morales que pretenden les sean indemnizados. No obstante lo anterior, en el presente proceso no obra prueba suficiente que permita aseverar que el accidente hubiere generado en los demandantes, la tasación de los perjuicios que se pretenden.

Debiendo precisar que niquiera se logró probar el vínculo que supuestamente había entre la señora Yilliam Andrea y el señor Nicolás Albeiro López López, razón por la cual, bajo ninguna circunstancia de puede reconocer indemnización alguna en cabeza de éste, al no probar el real padecimiento de algún tipo de perjuicio.

En consecuencia, ante la ausencia de prueba respecto de la existencia e intensidad de un daño moral sufrido por todos y cada uno de los demandantes, siendo preciso señalar que es una suma considerablemente excesiva conforme a los parámetros vigentes, puesto que se aleja de los topes y límites otorgados por la jurisprudencia para casos de gravedad y duración similar, deberá denegarse en su integridad esta pretensión de la demanda.

6.2.6.- INEXISTENCIA DE PRUEBA DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN Y EN TODO CASO, EXCESIVA TASACIÓN DE ÉSTE



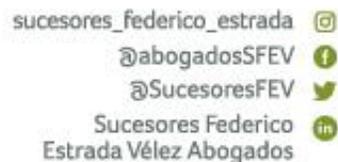
De conformidad con las pruebas obrantes en el expediente, tampoco se encuentra acreditado un daño en la vida de relación en cabeza de la víctima directa, pues no solo no se tiene certeza de que realmente se hayan visto reducidas sus condiciones normales de existencia por sus lesiones, esto es, las actividades sociales, laborales, familiares y deportivas que supuestamente se vieron afectadas o fenecieron con el suceso, sino que, además no debe dejarse de lado que la decadencia en el estado de salud de la señora Yilliam Andrea y las consecuencias que ello trae consigo obedece a una enfermedad de origen común, la cual no depende o fue causada como consecuencia del actuar de los demandados y estando en todo caso excesivamente tasado, de conformidad con los valores que han venido siendo reconocidos por la jurisprudencia en casos de gravedad similar, razón por la cual en este caso le solicitamos señor Juez, se desestime en su totalidad el reconocimiento y pago de dicho perjuicio.

6.2.7.- INEXISTENCIA DE PRUEBA DE LA PERDIDA DE LA OPORTUNIDAD, Y EN TODO CASO EXCESIVA TASACIÓN DE ÉSTA

Por último, en este caso tampoco se logró acreditar que la señora Yilliam Andrea hubiera perdido una oportunidad para que no se agravara y por el contrario mejorará su estado de salud, pues hasta el momento no se allega prueba de ello.

Debiendo precisar que dicha tipología de perjuicio no se presume, sino que al igual que los perjuicios patrimoniales, este debe estar debidamente probado y acreditado tanto en su causación o sufrimiento como en su intensidad o cuantía, siendo fundamental para el caso en concreto tener certeza de su real sufrimiento por parte de la víctima, ante lo cual nos permitimos reiterar que la sola afirmación de haber sufrido un perjuicio no da *per se* derecho a su reconocimiento y pago, debiendo probar – insistimos- no sólo la ocurrencia del perjuicio sino además, su gravedad, lo cual no se cumplen en este caso.

6.2.8.- LA GENÉRICA



Solicito al Despacho se sirva declarar todas aquellas excepciones de mérito que no hubieren sido propuestas, pero que sean debidamente probadas dentro del proceso, de acuerdo con lo previsto en el artículo 281 del CGP, el inciso segundo del artículo 187 del CPACA y el principio *Iura Novit Curia*.

7.- PRUEBAS

Solicito al despacho, el derecho de intervenir y contrainterrogar en las demás pruebas solicitadas por todas las partes intervinientes.

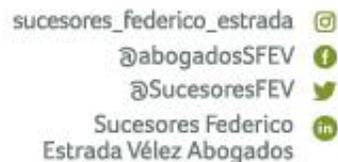
7.1. DOCUMENTAL

- 1) Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 520-88-994000000028. Anexos del 0 al 09.
- 2) Condiciones Generales contenidas en las proformas Nro. 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2 y Nro. 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V2

8.- OPOSICIÓN A LAS PRUEBAS DE LA DEMANDA

8.1.- Oposición a la declaración de la propia parte

Nos oponemos a que se decrete la declaración de la propia parte solicitada en la demanda, como quiera que la misma es improcedente, teniendo en cuenta que lo regulado por el CGP es el interrogatorio de la contraparte con fines de confesión (arts. 191 a 205) y no la posibilidad de que el demandante pueda “declarar” sobre los hechos ya manifestados en su demanda; con respecto a lo cual el CGP no regula ni su trámite ni sus efectos, y sin que se pueda considerar una oportunidad probatoria adicional a las definidas expresamente por dicho Estatuto.



8.2.- Objeción Al Juramento Estimatorio

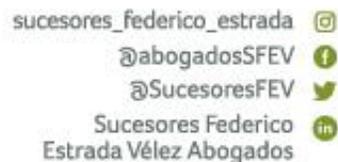
De conformidad con lo previsto en el artículo 206 del CGP, nos permitimos objetar el juramento estimatorio realizado en la demanda por los accionantes, por cuanto en este caso no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda y, además, su estimación -y que corresponde al daño emergente reclamado- es notoriamente infundada, injusta e ilegal, pues, entre otros, pero principalmente:

1) No cuenta con ningún fundamento ni soporte probatorio de que efectivamente se haya incurrido en las erogaciones que se pretenden sean indemnizadas.

2) Las erogaciones en las que tuvo que incurrir la señora Yilliam Andrea en razón a honorarios de abogado, gastos de conciliación prejudicial y elaboración de dictamen pericial, no pueden ser pretendidas por concepto de daño emergente porque obedecen y hacen parte integrante del concepto de Costas y agencias en derecho consagrado y abarcado en los artículos 361 y 364 del C.G. del P, según los cuales, la totalidad de las expensas y de los gastos sufragados en el proceso, así como los honorarios de los peritos y de los abogados (agencias en derecho) deben ser asumidos por cada parte, salvo en los casos en los cuales haya lugar a una condena en costas, teniendo así, que dichos conceptos se encuentran inmersos en la condena en costas y agencias en derecho y no pueden ser doblemente pretendidos e indemnizados en este caso, teniendo que ser desestimados.

8.3.- Oposición al dictamen pericial aportado por los demandantes, y en su defecto, contradicción de éste.

Nos oponemos a la procedencia y prosperidad del dictamen pericial aportado con la demanda, al no cumplir con lo estipulado en la norma procesal; razón por la cual en caso de que el despacho lo considere pertinente, solicitamos su contradicción, solicitando la comparecencia del perito a la audiencia, de conformidad con lo estipulado en el artículo 228 del Código General del Proceso.



9.- DEPENDENCIA

Conforme a lo previsto en el Decreto 196 de 1971, artículo 27, por medio del presente escrito me permito solicitarle, se permita examinar, revisar y realizar las diligencias necesarias en el expediente de la referencia en el cual actuó como apoderada especial de la codemandada, la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., a la señorita Manuela Villegas Molina, identificada con la cedula de ciudadanía Nro. 1.037.655.646 y estudiante de la facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Pontificia Bolivariana, quien actuaría bajo mi entera responsabilidad y en calidad de Dependiente judicial, para lo cual se aporta certificado estudiantil.

10.- ANEXOS

Se aportan los siguientes anexos debidamente numerados:

- 1) El poder para actuar
- 2) El certificado de existencia y representación de mi representada expedido por la Superintendencia Financiera.
- 3) Las pruebas documentales enunciadas.
- 4) El certificado de estudio del estudiante de Derecho Sergio Alejandro Florez Correa, quien actúa como dependiente judicial.

11.- DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES

- De conformidad con lo establecido en el numeral 14 del artículo 78 del Código General del Proceso y el artículo 3 del Decreto Legislativo 806 de 2020, informo que **mi canal digital para los fines de este proceso es:** crisrina.estrada@sucesoresfev.com.



sucesores_federico_estrada 
@abogadosSFEV 
@SucesoresFEV 
Sucesores Federico 
Estrada Vélez Abogados

- Adicionalmente, el canal digital de mi representada, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, es: notificaciones@solidaria.com.co

Atentamente,

maria cristina estrada

MARÍA CRISTINA ESTRADA TOBÓN

C.C. 43'086.724 de Medellín

T. P. 70.319 del C. S. J.

Señores
JUZGADO 14 CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
Medellín

Referencia: **RADICADO:** **202100014**
 DEMANDANTE. **YILLIAM ANDREA JARAMILLO MURILLO**
 DEMANDADO. **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE**
 ANTIOQUIA S.A
LLAMADO EN **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC**
GARANTÍA.

JUAN PABLO RUEDA SERRANO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **79.445.028** de **Bogotá**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **MARIA CRISTINA ESTRADA TOBON**, 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 **MARIA CRISTINA ESTRADA TOBON**, 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 cristina.estrada@sucesoresfev.com; notificaciones@sucesoresfev.com

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

Cordialmente,



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

Acepto el poder,

MARIA CRISTINA ESTRADA TOBON
MARIA CRISTINA ESTRADA TOBON
C. C. No. 43.086.724 de
T. P. No. 70319

RV: MED03322 PODER

Cristina Estrada <cristina.estrada@sucesoresfev.com>

Lun 07/02/2022 20:36

Para: David Velasquez <David.velasquez@sucesoresfev.com>

Hola David,

Te remito el poder ya firmado del proceso junto con el certificado, para que lo guardes en la carpeta de proceso.

Cordial Saludo!

María Cristina Estrada Tobón
Codirectora

Calle 11 #43B-50 Parque Empresarial Calle 11 oficina 501
(57) (4) 4480772
cristina.estrada@sucesoresfev.com
Medellín, Colombia

De: Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>

Enviado el: lunes, 7 de febrero de 2022 5:02 p. m.

Para: Cristina Estrada <cristina.estrada@sucesoresfev.com>; Notificaciones Sucesores Federico Estrada Vélez <notificaciones@sucesoresfev.com>

Asunto: MED03322 PODER

Señores

JUZGADO 14 CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Medellín

Referencia:	RADICADO:	202100014
	DEMANDANTE.	YILLIAM ANDREA JARAMILLO MURILLO
	DEMANDADO.	PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA S.A
	LLAMADO EN	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC
	GARANTÍA.	

JUAN PABLO RUEDA SERRANO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.445.028 de Bogotá, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **MARIA CRISTINA ESTRADA TOBON**, 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 **MARIA CRISTINA ESTRADA TOBON**, 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 cristina.estrada@sucesoresfev.com; notificaciones@sucesoresfev.com

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

Cordialmente,

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

Acepto el poder,

MARIA CRISTINA ESTRADA TOBON
C. C. No. 43.086.724 de
T. P. No. 70319

MED03322 2022/01/31

Cordialmente,

GERENCIA JURÍDICA.
Dirección General.
Tel. (601) 6464330.
Calle 100 No 9A – 45 Piso 12. Bogotá – CO



Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

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

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

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

LA DIRECCION DE REGISTRO UNIVERSITARIO

CERTIFICA:

Que ***VILLEGAS MOLINA MANUELA*** identificado (a) con ID No. 000386597 y con documento de identidad No. 1037655646 se encuentra matriculado (a) como alumno (a) del Séptimo Semestre del programa de ***DERECHO*** en el Período Julio - Diciembre de 2021.

Su dedicación horaria es de 48 horas semanales.

La ***UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA***, está Aprobada por Resolución No 48 de febrero 22 de 1937 del Ministerio de Gobierno, CODIGO ICFES 1710. NIT No 890902922-6.

Este certificado se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente,



LUIS FERNANDO VELASQUEZ VANEGAS
Dirección de Registro Universitario
Medellín, 1 de Septiembre de 2021.

VIGILADA MINEDUCACION

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 99400000028 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
28	11	2017	28	11	2017	28	11	2018	23:59	365	31 01 2022
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			A LAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL						VIGENCIA HASTA			A LAS		
									TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	28	11	2017	23:59	28	11	2018	23:59	365
	VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE				A LAS
					VIGENCIA HASTA				A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA	IDENTIFICACIÓN: NIT	900.038.926-4
DIRECCIÓN: CALLE 53 46 38 OF 1506	CIUDAD: MEDELLÍN, ANTIOQUIA	TELÉFONO: 3122896848

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA	IDENTIFICACIÓN: NIT	900.038.926-4
DIRECCIÓN: CALLE 53 46 38 OF 1506	CIUDAD: MEDELLÍN, ANTIOQUIA	TELÉFONO: 3122896848
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT	001-8

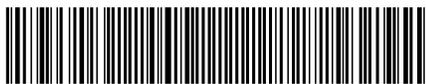
DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	CIUDAD: ITAGUI	
DIRECCION: CARRERA 49 No. 45-35 0			
ACTIVIDAD: CENTRO MEDICO			
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		3,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		3,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		3,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		3,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		3,500,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			
BENEFICIARIOS NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			
OBSERVACIONES: -----			
MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE PROCEDE A EXTENER LA COBERTURA PARA LOS SIGUIENTES CONTRATOS:			
ESTA PÓLIZA AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-05-04-00681-2016 SUSCRITO EL 28-11-16 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. E INTEGRACIÓN EN SALUD PROMEDAN IPS UT Y DONDE LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARTICIPA DE ESTA UT CON UN 85% Y DONDE SE EXIGE CONTAR CON UN VALOR ASEGURADO DE \$3.106.199.941. ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.			
ESTA PÓLIZA TAMBIÉN AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-02-04-00212-2017 SUSCRITO EL 25-07-17 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. E INTEGRACIÓN EN SALUD PROMEDAN IPS UT Y DONDE LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARTICIPA DE ESTA UT CON UN 85% Y DONDE SE EXIGE CONTAR CON UN VALOR ASEGURADO DE \$137.376.028. ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.			

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****0	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****0
--	---------------------------	------------------------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART
PRINSEGUROS LTDA	6405	100.00		
			VALOR ASEGURADO	

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



FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000520693050

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

HQUINTERO 0



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

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 994000000028 ANEXO: 2

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
29	11	2017	28	11	2017	28	11	2018	23	59	365
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			A LAS			A LAS			DIAS		
						TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION					

TIPO DE MOVIMIENTO: ANULACION DE ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	28	11	2017	23:59	28	11	2018	23:59	365
	VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA HASTA				
	A LAS				A LAS				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA** CIUDAD: **ITAGUI**

DIRECCION: **CARRERA 49 No. 45-35 0**

ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**

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

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

OBSERVACIONES:

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE PROCEDE A EXTENER LA COBERTURA PARA LOS SIGUIENTES CONTRATOS:

ESTA PÓLIZA AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-05-04-00681-2016 SUSCRITO EL 28-11-16 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. E INTEGRACIÓN EN SALUD PROMEDAN IPS UT Y DONDE LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARTICIPA DE ESTA UT CON UN 85% Y DONDE SE EXIGE CONTAR CON UN VALOR ASEGURADO DE \$3.106.199.941. ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.

ESTA PÓLIZA TAMBIÉN AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-02-04-00212-2017 SUSCRITO EL 25-07-17 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. E INTEGRACIÓN EN SALUD PROMEDAN IPS UT Y DONDE LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARTICIPA DE ESTA UT CON UN 85% Y DONDE SE EXIGE CONTAR CON UN VALOR ASEGURADO DE \$137.376.028. ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****0	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****0	TOTAL A PAGAR: \$ *****0
--	---------------------------	------------------------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
PRINSEGUROS LTDA	6405	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)00000000007000520693050

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE **HQUINTERO 0**



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

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000028** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

BAJO EL PRESENTE ANEXO, SE PROCEDE A ANULAR Y DEJAR SIN VALIDEZ EL SIGUIENTE TEXTO DEL ANEXO 1:

"

OBSERVACIONES:

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, SE PROCEDE A EXTENER LA COBERTURA PARA LOS SIGUIENTES CONTRATOS:

ESTA PÓLIZA AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-05-04-00681-2016 SUSCRITO EL 28-11-16 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. E INTEGRACIÓN EN SALUD PROMEDAN IPS UT Y DONDE LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARTICIPA DE ESTA UT CON UN 85% Y DONDE SE EXIGE CONTAR CON UN VALOR ASEGURADO DE \$3.106.199.941. ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.

ESTA PÓLIZA TAMBIÉN AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-02-04-00212-2017 SUSCRITO EL 25-07-17 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. E INTEGRACIÓN EN SALUD PROMEDAN IPS UT Y DONDE LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARTICIPA DE ESTA UT CON UN 85% Y DONDE SE EXIGE CONTAR CON UN VALOR ASEGURADO DE \$137.376.028. ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS. "

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 99400000028 ANEXO: 3

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:								
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO				
13	12	2017	11	12	2017	23:59	28	11	2018	23:59	352	31	01	2022			
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: MODIFICACION	VIGENCIA DEL ANEXO			DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	11	12	2017	23:59	28	11	2018	23:59	352			
	VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS								

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**
DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**
DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA** CIUDAD: **ITAGUI**
DIRECCION: **CARRERA 49 No. 45-35 0**
ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		3,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		3,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		3,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		3,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		3,500,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

OBSERVACIONES:

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE ACLARA QUE DENTRO DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO, SE ENCUENTRA INCLUIDO LAS RELACIONADAS CON EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE LOS SIGUIENTES CONVENIOS Y CONTRATO;

ESTA PÓLIZA AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-05-04-00681-2016 SUSCRITO EL 28-11-16 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. E INTEGRACIÓN EN SALUD PROMEDAN IPS UT Y DONDE LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARTICIPA DE ESTA UT CON UN 85% Y DONDE SE EXIGE CONTAR CON UN VALOR ASEGURADO DE \$3.106.199.941. ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0	GASTOS EXPEDICION: *****0.00	IVA: *****0	TOTAL A PAGAR: *****0
-------------------------------------	------------------------	---------------------------------	----------------	--------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
PRINSEGUROS LTDA	6405	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 DARÁ 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)00000000007000520693050

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

HQUINTERO 0

CBDA207E060BF9775F

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 2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000028** ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

ESTA PÓLIZA TAMBIÉN AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-02-04-00212-2017 SUSCRITO EL 25-07-17 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. E INTEGRACIÓN EN SALUD PROMEDAN IPS UT Y DONDE LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARTICIPA DE ESTA UT CON UN 85% Y DONDE SE EXIGE CONTAR CON UN VALOR ASEGURADO DE \$137.376.028. ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS."

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADAS BAJO EL PRESENTE ANEXO, CONTINUAN IGUALES.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 99400000028 ANEXO:4

AGENCIA EXPEDIDORA: **LAURELES** COD. AGE: 520 RAMO: 88 PAP:

DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS												
19	01	2018		28	11	2017	23:59	28	11	2018	23:59	365															
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS				DIAS				FECHA DE IMPRESIÓN			

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

TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS				
19	01	2018	23:59	28	11	2018	23:59	313											
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA** CIUDAD: **ITAGUI**

DIRECCION: **CARRERA 49 No. 45-35 0**

ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		3,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		3,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		3,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		3,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		3,500,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y A SOLICITUD DEL ASEGURADO SE DEJA CONSTANCIA QUE:

- ESTA PÓLIZA AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO NÚMERO 01-01-04-00201-2014 MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO EL 14-08-14 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. Y PROMEDAN S.A, ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.
- ESTA PÓLIZA AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO MODALIDAD CÁPITA SUSCRITO EL 19-12-2012 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. Y PROMEDAN S.A, ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.
- ESTA PÓLIZA AMPARA A LA EMPRESA PROMEDAN S.A. PARA EFECTOS DEL CONTRATO MODALIDAD DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO NÚMERO 01-05-04-00242-2015 SUSCRITO EL 27-10-2015 ENTRE LA NUEVA EPS S.A. Y PROMEDAN S.A, ESTA PÓLIZA AMPARA LOS PREJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES LLEGADOS A OCASIONAR A LOS AFECTADOS.

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0	GASTOS EXPEDICION: *****0.00	IVA: *****0	TOTAL A PAGAR: *****0
-------------------------------------	------------------------	---------------------------------	----------------	--------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
PRINSEGUROS LTDA	6405	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 DARÁ 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)00000000007000520693050

FIRMA TOMADOR

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 2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000028** ANEXO: 4

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADAS BAJO EL PRESENTE ANEXO, CONTINUAN IGUALES.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 99400000028 ANEXO:5

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
29	11	2018	28	11	2018	28	11	2019	23	59	365
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			A LAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			VIGENCIA DESDE			A LAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
						TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION					

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION	VIGENCIA DEL ANEXO					VIGENCIA DEL ANEXO				
	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	28	11	2018	23:59	365	28	11	2019	23:59	365
	VIGENCIA DESDE					VIGENCIA DESDE				
	A LAS					A LAS				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA** CIUDAD: **ITAGUI**

DIRECCION: **CARRERA 49 NO. 45-35 0**

ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,700,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,700,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		3,700,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		3,700,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		3,700,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		3,700,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		3,700,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *3,700,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ ***** 192,400,000	GASTOS EXPEDICION: \$ **** 15,000.00	IVA: \$ *** 36,558,850	TOTAL A PAGAR: \$ ***** 228,973,850
---	---	--	----------------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
PRINSEGUROS LTDA	6405	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 DARÁ 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)00000000007000520693050

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

HQUINTERO 0

CBDA207F0D0EF57B5C

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No POLIZA: 99400000028 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

BAJO EL PRESENTE ANEXO, SE PROCEDE CON LA RENOVACION DE LA POLIZA RC CLINICA PARA EL PERIODO 2018/2019, SEGUN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

OBJETO DEL SEGURO:

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA A LAS CLINICAS, HOSPITALES Y CENTROS MEDICOS, EN CONSIDERACION 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 LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIONES GENERALES:

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

MODALIDAD DE COBERTURA:

LA POLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACION 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 POLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA POLIZA, LIMITES Y SUBLIMITES EN ADELANTE INDICADOS.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA SERA DE SEIS (6) ANOS, A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA CON ASEGURADORA SOLIDARIA. NO EXISTIRA RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACION QUE SEA OCASIONADA O ESTE CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA POLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA POLIZA; Y QUE SURJA O ESTE EN CONEXION CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE ESTA POLIZA. EN CASO DE PRESENTARSE INTERRUPCION DE COBERTURA ENTRE LA FECHA RETROACTIVIDAD ANTES INDICADA, Y LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, SE CONVIENE QUE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA CORRESPONDERA AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACION POTENCIAL.

AMPARO BASICO:

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA: LIMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.
- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DURANTE EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA: LIMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.
- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: LIMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA, POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:
 - PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MEDICAS.
 - POSESION Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MEDICOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA.
 - SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
 - SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES.

AMPAROS ADICIONALES:

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACION EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

- GASTOS DE DEFENSA: SUBLIMITE DEL 20% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA POLIZA, DISTRIBUIDO, ASI:
 - POR PROCESO DE COP \$25.000.000.
 - POR EVENTO DE COP \$100.000.000.
- COSTOS PARA LA CONSTITUCION DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLIMITE DE \$50.000.000 POR EVENTO / VIGENCIA.
- COSTAS DEL PROCESO SEGUN FALLO JUDICIAL: SEGUN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
- GASTOS MEDICOS: SUBLIMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR VIGENCIA.
 - RC PROFESIONAL MEDICA ATENCION FUERA DE INSTALACIONES: SUBLIMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR VIGENCIA.
 - AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES: SUBLIMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR VIGENCIA.
- PARA QUE SE OTORQUE ESTE AMPARO ES NECESARIO QUE LAS CLINICAS, HOSPITALES Y CENTROS MEDICOS ASEGURADOS:
 - INCLUYAN LA DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA POLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO.
 - MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES
 - EJERZAN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000028 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

- ESTE AMPARO SERA PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DANOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA.
- SE CUBREN TAMBIEN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LIMITE INDICADO EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESION, USO Y APLICACION A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.
- COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLIMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO/VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESION PERSONAL O DANO MATERIAL AMPARADOS POR LA POLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACION AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DANOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLOGICOS Y LOS DANOS A LA VIDA EN RELACION. DENTRO DEL MISMO SUBLIMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- EXTENSION DEL PERIODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO DE "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA" Y "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO", SEGUN CLAUSULADO GENERAL: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA A LAS CLINICAS, HOSPITALES Y CENTROS MEDICOS ASEGURADOS, EN CASO DE REVOCACION O NO RENOVACION POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA POLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERIODO VEINTICUATRO (24) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRIAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS MEDICOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ULTIMA VIGENCIA DE LA POLIZA. ESTA EXTENSION DE COBERTURA DARA LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.
- CLAUSULA DE REVISION DE TERMINOS: UNA REVISION DE TERMINOS 12 MESES DESPUES DE INICIADA LA VIGENCIA DE LA POLIZA SIEMPRE QUE LA SINIESTRALIDAD SUPERE EL 40% DE: PRIMA FACTURADAS / (SINIESTROS PAGADOS + SINIESTROS RESERVADOS)
- RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DE LA SUMA ASEGURADA CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL.
- DEFINICION DE SUBLIMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PERDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACION.
- CLAUSULA DE REVOCACION: NOVENTA (90) DIAS.
- AVISO DE SINIESTRO: SESENTA (60) DIAS.
- CLAUSULA DE NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA.
- DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS: LA EMPRESA TOMADORA ESTA OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ESTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CODIGO DE COMERCIO.
- ESTA PÓLIZA NO REQUIERE RELACIÓN DETALLADA DE PROFESIONALES.

DEDUCIBLES:

- GASTOS MEDICOS: SIN APLICACION DE DEDUCIBLE.
- GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACION DE DEDUCIBLE.
- DEMAS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO COP \$5.000.000.

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 MEDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCION DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITURICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.
 - RECLAMACIONES POR CIRUGIA BARIATRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE CON OBESIDAD MORBIDA 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 MEDICOS 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 MEDICOS (E&O), RC SERVIDORES PUBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.
 - RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS EN TABLADAS / FORMULADAS FUERA DEL PAIS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.
 - RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHICULOS TERRESTRES, AEROS Y/O ACUATICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRAN RECLAMOS UNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MEDICAS QUE CAUSEN DANOS FISICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.
 - RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INDIVIDUAL DE LOS MEDICOS O INTERVINIENTES EN EL ACTO MEDICO, QUE PRESTEN SUS SERVICIOS DENTRO DE LA INSTITUCION MEDICA BAJO CUALQUIER CONTRATO O AUTORIZACION DEL ASEGURADO.
 - RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTION DEL DIRECTOR MEDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCION ASEGURADA.
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE INCONFORMIDAD DEL PACIENTE CON EL RESULTADO ESTETICO FINAL.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000028 ANEXO: 5

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

SUJETO A LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTA POLIZA, 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 ESTA EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA POLIZA.
- SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

- JURISDICCION Y LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTICULO 1061 DEL CODIGO 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 CUMPLIRA CON LAS GARANTIAS A CONTINUACION MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTIA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTICULO MENCIONADO.

- CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.
- LLEVAR ADECUADO REGISTRO DEL SERVICIO MEDICO PRESTADO, EN LA HISTORIA CLINICA DE CONSULTORIOS EXTERNOS, LA INSTITUCIONAL UNICA Y EN LA HISTORIA CLINICA Y/O FICHA CLINICA DE CADA SERVICIO. EN LA MISMA, EL ASEGURADO DEBERA ANOTAR EN FORMA CONCISA, VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA, TODA SU ACTUACION MEDICA RELACIONADA CON LA ATENCION DEL PACIENTE, ASI COMO TODOS LOS DATOS OBJETIVOS ACERCA DEL PACIENTE Y DE SU ESTADO CLINICO, REALIZANDO ANAMNESIA, DIAGNOSTICOS, INDICACIONES, EVOLUCION, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLINICA EN TODOS LOS CASOS.
- MANTENER PROTOCOLOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLOGICO INTRAOPERATORIO, FETAL, Y EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
- VIGILAR QUE CADA HISTORIA CLINICA O FICHA DE CONSULTA, CONTENGA UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ACTO MEDICO PREVIO A LA INTERVENCION QUIRURGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO DEL PACIENTE, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIO LO EXPLICADO POR EL MEDICO TRATANTE, EN CUANTO A LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y/O ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO. DICHO FORMULARIO DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBERA TAMBIEN ESTAR SUSCRITO POR EL O LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.
- MANTENER LOS EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO Y SEGUIR LAS NORMAS DE LA PRACTICA MEDICA E INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE PARA SU USO.
- EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGUN TRATAMIENTO O EXAMEN O SERVICIO MEDICO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 994000000028 ANEXO:6

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
31	01	2019	31	01	2019	23:59	28	11	2019	23:59	301	31	01	2022
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: MODIFICACION	VIGENCIA DEL ANEXO					VIGENCIA HASTA A LAS							
	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA
	31	01	2019	23:59	28	11	2019	23:59	301				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA	IDENTIFICACIÓN: NIT	900.038.926-4
DIRECCIÓN: CALLE 53 46 38 OF 1506	CIUDAD: MEDELLÍN, ANTIOQUIA	TELÉFONO: 3122896848

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA	IDENTIFICACIÓN: NIT	900.038.926-4
DIRECCIÓN: CALLE 53 46 38 OF 1506	CIUDAD: MEDELLÍN, ANTIOQUIA	TELÉFONO: 3122896848
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT	001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	CIUDAD: ITAGUI	
DIRECCION: CARRERA 49 NO. 45-35 0			
ACTIVIDAD: CENTRO MEDICO			
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,700,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,700,000,000.00	
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL			
BENEFICIARIOS			
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****68,465,207	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ ***13,008,389	TOTAL A PAGAR: \$ *****81,473,596
-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
PRINSEGUROS LTDA	6405	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 DARÁ 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)00000000007000520693050

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

HQUINTERO 0

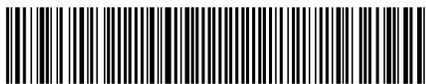
CBDA207F0D0AF57958

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000028 ANEXO: 6

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

Observaciones:

Mediante el presente anexo, se procede a incluir en la póliza de RC Clínicas N° 994000000028, a partir de la fecha, a la IPS Clínica Central Fundadores Apartadó, ubicada en la Cra 98 N° 106-28 Apartadó, y las siguientes sedes:

Calle 125 N° 16-26 San Jose de Apartadó
Cra 82B N° 97-07 Alfonso López, Apartadó
Calle 94B N° 89-22 Pueblo Nuevo, Apartadó

Así mismo se deja claridad, que la retroactividad otorgada a las anteriores IPS, será a partir de la fecha de inclusión en este anexo, es decir 31 de enero 2019.

Los demás términos y condiciones continúan sin modificación.

Así mismo, se extiende la cobertura de la siguiente póliza, a los siguientes contratos celebrados por la entidad:

"Mediante el presente anexo, se hace costar, que de sujeto a las condiciones generales y particulares que rigen el presente seguro y hasta los límites y sublímites contratados, la póliza se extiende a cubrir en calidad de terceros a los pacientes o usuarios afiliados o remitidos por Alianza Medellín Antioquia EPS SAS. (SAVIA salud EPS)., y que reciban de la entidad asegurada la prestación de los servicios profesionales de salud, con ocasión a la ejecución y desarrollo del objeto del contrato de prestación de servicios de salud régimen subsidiado y contributivo no. 0015-2019 fechado el día 15 de enero de 2019, entre promotora médica y odontológica de Antioquia - Promedan y Alianza Medellín Antioquia EPS. SAS. (SAVIA salud EPS)."

"Mediante el presente anexo, se hace costar, que de sujeto a las condiciones generales y particulares que rigen el presente seguro y hasta los límites y sublímites contratados, la póliza se extiende a cubrir en calidad de terceros a los pacientes o usuarios afiliados o remitidos por Alianza Medellín Antioquia EPS SAS. (SAVIA salud EPS)., y que reciban de la entidad asegurada la prestación de los servicios profesionales de salud, con ocasión a la ejecución y desarrollo del objeto del contrato de prestación de servicios de salud régimen subsidiado y contributivo no. 0019-2019 fechado el día 15 de enero de 2019, entre promotora médica y odontológica de Antioquia - Promedan y Alianza Medellín Antioquia EPS. SAS. (SAVIA salud EPS)."

"Mediante el presente anexo, se hace costar, que de sujeto a las condiciones generales y particulares que rigen el presente seguro y hasta los límites y sublímites contratados, la póliza se extiende a cubrir en calidad de terceros a los pacientes o usuarios afiliados o remitidos municipio de apartado, y que reciban de la entidad asegurada la prestación de los servicios profesionales de salud, con ocasión a la ejecución y desarrollo del objeto del contrato de operación administrativa, asistencial, y logística de IPS bienes muebles e inmuebles para la prestación de servicios de salud en el Municipio de apartado - Antioquia no. 009-2019 fechado el día 15 de enero de 2019, entre promotora Medica y odontológica de Antioquia - Promedan y municipio de Apartado. "

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 994000000028 ANEXO: 7

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
19	02	2019	12	02	2019	23:59	28	11	2019	23:59	289	31	01	2022
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: MODIFICACION	VIGENCIA DEL ANEXO					VIGENCIA HASTA A LAS							
	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA
	12	02	2019	23:59	28	11	2019	23:59	289				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA** CIUDAD: **ITAGUI**

DIRECCION: **CARRERA 49 NO. 45-35 0**

ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,700,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,700,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		3,700,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		3,700,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		3,700,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		3,700,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		3,700,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0	GASTOS EXPEDICION: *****0.00	IVA: *****0	TOTAL A PAGAR: *****0
INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE PRINSEGUROS LTDA	CLAVE 6405	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ 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)00000000007000520693050 **FIRMA TOMADOR**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000028** ANEXO: 7

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

Observaciones:

Mediante el presente anexo, se aclaran las direcciones en las sedes de Apartadó:

CRA 98 N° 103B - 62- SEDE PRINCIPAL APARTADÓ
CALLE 125 N° 16-26 - SAN JOSE DE APARTADÓ
CRA 82B N° 97-07 - ALFONSO LÓPEZ, APARTADÓ
CRA 89 N° 94B -09 Y CL 94B N° 89-12 - PUEBLO NUEVO, APARTADÓ

Así mismo, se incluyen los siguientes contratos a la póliza bajo las condiciones que se describen:

- Mediante el presente anexo, se hace costar, que de sujeto a las condiciones generales y particulares que rigen el presente seguro y hasta los límites y sublímites contratados, la póliza se extiende a cubrir en calidad de terceros a los pacientes o usuarios afiliados o remitidos por LA NUEVA EPS S.A, y que reciban de la entidad asegurada la prestación de los servicios profesionales de salud, con ocasión a la ejecución y desarrollo del objeto del contrato de prestación de servicios de salud en la modalidad Cápita, fechado el día 19 de diciembre de 2012, entre sociedad promotora médica y odontológica de Antioquia - Promedan y Nueva Empresa Promotora de Salud S.A, NUEVA EPS S.A

- Mediante el presente anexo, se hace costar, que de sujeto a las condiciones generales y particulares que rigen el presente seguro y hasta los límites y sublímites contratados, la póliza se extiende a cubrir en calidad de terceros a los pacientes o usuarios afiliados o remitidos por LA NUEVA EPS S.A, y que reciban de la entidad asegurada la prestación de los servicios profesionales de salud, con ocasión a la ejecución y desarrollo del objeto del contrato de prestación de servicios de salud en la modalidad Pago Global Prospectivo N° 01-05-04-00242-2015, fechado el día 27 de octubre de 2015, entre sociedad promotora médica y odontológica de Antioquia - Promedan y Nueva Empresa Promotora de Salud S.A, NUEVA EPS S.A

- Mediante el presente anexo, se hace costar, que de sujeto a las condiciones generales y particulares que rigen el presente seguro y hasta los límites y sublímites contratados, la póliza se extiende a cubrir en calidad de terceros a los pacientes o usuarios afiliados o remitidos por LA NUEVA EPS S.A, y que reciban de la entidad asegurada la prestación de los servicios profesionales de salud, con ocasión a la ejecución y desarrollo del objeto del contrato de prestación de servicios de salud en la modalidad Pago Global Prospectivo N° 01-05-04-00681-2016, fechado el día 28 de noviembre de 2016, entre Integración en salud Promedan IPS UT y Nueva Empresa Promotora de Salud S.A, NUEVA EPS S.A.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 994000000028 ANEXO: 8

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:														
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO										
09	08	2019	08	08	2019	23:59	28	11	2019	23:59	112	31	01	2022									
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: MODIFICACION	VIGENCIA DEL ANEXO			DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS		
	12	02	2019	23:59	28	11	2019	23:59	289					
			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA** CIUDAD: **ITAGUI**

DIRECCION: **CARRERA 49 NO. 45-35 0**

ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,700,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,700,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		3,700,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		3,700,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		3,700,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		3,700,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		3,700,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0	GASTOS EXPEDICION: *****0.00	IVA: *****0	TOTAL A PAGAR: *****0
-------------------------------------	------------------------	---------------------------------	----------------	--------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
PRINSEGUROS LTDA	6405	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 DARÁ 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)00000000007000520693050

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

HQUINTERO 0

CBDA207F0C07F47E5F

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000028 ANEXO: 8

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

**** Observaciones:

Mediante el presente anexo, se hace costar, que sujeto a las condiciones generales y particulares que rigen el presente seguro y hasta los límites y sublímites contratados, la póliza se extiende a cubrir en calidad de terceros a los pacientes o usuarios afiliados o remitidos del Municipio de Apartado, y que reciban de la entidad asegurada la prestación de los servicios profesionales de salud, con ocasión a la ejecución y desarrollo del objeto del contrato de Prestación de Servicios de Salud N° 247 del 6 de junio de 2019, entre Promotora Medica y Odontológica de Antioquia S.A - Promedan y Municipio de Apartado.

Demás términos y condiciones no modificadas, continuan vigentes.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 994000000028 ANEXO:9

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:														
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO										
12	09	2019	27	08	2019	23:59	28	11	2019	23:59	93	31	01	2022									
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: MODIFICACION	VIGENCIA DEL ANEXO			DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	27	08	2019	23:59	28	11	2019	23:59	93			
	VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA** CIUDAD: **ITAGUI**

DIRECCION: **CARRERA 49 NO. 45-35 0**

ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,700,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,700,000,000.00	

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****2,860,988	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *****546,438	TOTAL A PAGAR: \$ *****3,422,426
-------------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------	-------------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
PRINSEGUROS LTDA	6405	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 DARÁ 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)0000000000700520693050

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

EDTAMAYO 0

CBDA207F0B0EFD7D5C

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

VICILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000028 ANEXO: 9

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y A SOLICITUD DEL ASEGURADO SE INCLUYE UNA NUEVA SEDE.

PREDIO UBICADO: CALLE 37 # 51 - 19 MEDELLIN

ACTIVIDAD: LABORATORIO

PERSONAL MEDICO: 8

VIGENCIA: AGOSTO 27/2019 - NOVIEMBRE 282019

ESTA POLIZA AMPARA A PROMEDAN EN CUALQUIERA DE SUS SEDES, PREDIOS O SITIOS DONDE DESARROLLE SU ACTIVIDAD.

SE INCLUYE BAJO LA COBERTURA DE EQUIPOS ESPECIALES TOMOGRAFO MARCA SIEMENS.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5206930504

PÓLIZA No: 520 -88 - 99400000028 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES			COD. AGE: 520			RAMO: 88			PAP:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
28	11	2017	28	11	2017	28	11	2018	23	59	365
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA		
			A LAS			A LAS			DIAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL						TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION					

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	28	11	2017	23:59	28	11	2018	23:59	365
	VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA HASTA				
	A LAS				A LAS				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 53 46 38 OF 1506** CIUDAD: **MEDELLÍN, ANTIOQUIA** TELÉFONO: **3122896848**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ANTIOQUIA** CIUDAD: **ITAGUI**

DIRECCION: **CARRERA 49 No. 45-35 0**

ACTIVIDAD: **CENTRO MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 3,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		3,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		3,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		3,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		3,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		3,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		3,500,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *3,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****192,500,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ***36,577,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****229,092,850
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
PRINSEGUROS LTDA	6405	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 DARÁ 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)00000000007000520693050 **FIRMA TOMADOR**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000028 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

OBSERVACIONES:

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE PROCEDE CON LA EXPEDICION DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS, BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

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 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

RETROACTIVIDAD:

EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA QUE SE OTORGA SERÁ DE CINCO (5) AÑOS, A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA CON ASEGURADORA SOLIDARIA. 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.

PERSONAL ASEGURADO:

PERSONAL MÉDICO HABILITADO LEGALMENTE -CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1129 DEL CÓDIGO DE COMERCIO- DE TODAS LAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS MÉDICAS HUMANAS, INCLUYENDO ODONTÓLOGOS, ENFERMEROS, PSICÓLOGOS, TRABAJADORES SOCIALES Y DEMÁS PROFESIONALES DE LA SALUD, CON SU RESPECTIVA TARJETA PROFESIONAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA. EXCLUYE PERSONAL DE FUNCIONES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

AMPARO BÁSICO:

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

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

- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL; LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.

- PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.

- POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.

- SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

- SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

AMPAROS ADICIONALES:

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

- GASTOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL 20% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA, EN EL AGREGADO VIGENCIA, DISTRIBUIDO, ASÍ; POR PROCESO; \$25.000.000 / POR EVENTO \$100.000.000.

- COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE \$50.000.000 POR EVENTO/ VIGENCIA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000028 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

ASEGURADO: PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.038.926-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

- 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.

- RC PROFESIONAL MÉDICA ATENCIÓN FUERA DE INSTALACIONES: SUBLÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA

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

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

A) INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

B) MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES

C) EJERZAN UN ESCRITO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD

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

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

- COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

VALOR ASEGURADO: 3.500.000.000.00

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 \$5.000.000

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

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

- CLÁUSULA DE REVISIÓN DE TÉRMINOS: UNA REVISIÓN DE TÉRMINOS 12 MESES DESPUÉS DE INICIADA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA SIEMPRE QUE LA SINIESTRALIDAD SUPERE EL 40% DE: PRIMA FACTURADAS AL ASEGURADO/ (SINIESTROS PAGADOS + SINIESTROS RESERVADOS)

- RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

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

- CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

- AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000028 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

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

EXCLUSIONES:

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

- ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.
- RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.
- RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.
- RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.
- RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.
- RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
- RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.
- RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDE EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.
- RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.
- RESPONSABILIDAD CIVIL 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.
- CUALQUIER PERJUICIO DERIVADO DE, RELACIONADO CON O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRUGÍA ESTÉTICA DE EMBELLECIMIENTO O VANIDAD.
- RECLAMACIONES DERIVADAS DE INCONFORMIDAD DEL PACIENTE CON EL RESULTADO CUALQUIER PROCEDIMIENTO ESTÉTICO FINAL, EXCEPTO QUE SE TRATE DE UN PROCEDIMIENTO AMPARADO POR EL PRESENTE SEGURO.

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 GENERALES APLICABLES AL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO:

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.

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: LAURELES

COD. AGENCIA: 520

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000028 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

ASEGURADO: **PROMOTORA MEDICA Y ODONTOLOGICA DE ANTIOQUIA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.038.926-4**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

- 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.

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



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

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 AMPAROS ADICIONALES

1.3.1 COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO

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

1.3.1.1 HONORARIOS DE DEFENSA

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

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

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

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

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

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

1.3.1.2 COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

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

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

1.3.1.3 COSTAS DEL PROCESO

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

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

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

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

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

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

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, ASEGURADORA SOLIDARIA:

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

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

1.4 AMPAROS CONTRATABLES MEDIANTE ACUERDO EXPRESO

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

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

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

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

1.4.2 AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.5 AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

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

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

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

2. EXCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

3. GARANTÍAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

- A. PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO DE QUE HABRÍAN DE SER INICIADAS EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA. DE OTORGARSE LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES DESCRITA EN EL NUMERAL 1.3.2., SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- B. PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO DE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

5. LÍMITE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

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

6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

A. LÍMITE POR EVENTO

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

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

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

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

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

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

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

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

7. DEDUCIBLE

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

8. UNIDAD DE EVENTO

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

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

9. DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

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

10. CONSERVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

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

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

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

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

- A. LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN DAR NOTICIA A ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER, DE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL O DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE PODRÍA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA EN SU CONTRA, COMO RESULTADO DE UN ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO.**
- B. OCURRIDA UNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIERA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN Y/O PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA BAJO ESTA PÓLIZA, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN, DE ACUERDO CON LAS NORMAS, OBLIGACIONES Y DEBERES DE LA PROFESIÓN MÉDICA, ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS Y PROVEER LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SALVAGUARDAR LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE O AFECTADO.**
- C. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ADELANTAR UNA ADECUADA DEFENSA DE SUS INTERESES Y LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA, Y DEBERÁN MANTENER A ASEGURADORA SOLIDARIA PERMANENTEMENTE INFORMADA SOBRE EL DESARROLLO DE LAS RECLAMACIONES, PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS Y PROCESOS ASÍ COMO DE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTEN SUS APODERADOS JUDICIALES.**
- D. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DEBERÁN SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE A ASEGURADORA SOLIDARIA LA INFORMACIÓN RELATIVA A LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR EN QUE OCURRIÓ EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO, LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS, LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE O AFECTADO, LOS DATOS DE LOS INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑINO, LOS DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS, SOPORTES CONTABLES Y TRIBUTARIOS Y PRUEBAS QUE SEAN PROCEDENTES E IDÓNEAS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.**
- E. LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS NO PODRÁN ADMITIR SU RESPONSABILIDAD, NI LLEVAR A CABO ACUERDOS DE CARÁCTER CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL, NI INCURRIR EN COSTOS O GASTOS DE AQUELLOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES FACULTARÁ A ASEGURADORA SOLIDARIA PARA REDUCIR LA INDEMNIZACIÓN EN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE FUEREN OCASIONADOS.**

12. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

- A. EMPLEEN MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O PRUEBAS FALSAS PARA SUSTENTAR UNA RECLAMACIÓN O PARA DERIVAR ALGÚN BENEFICIO DE ESTA PÓLIZA.**
- B. OMITAN DECLARAR LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE EL MISMO INTERÉS ASEGURADO Y EL MISMO RIESGO.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. DISTRIBUCIÓN

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

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

15. AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

16. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

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

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

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

17. PAGO DEL SINIESTRO

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

18. FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

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

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

19. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

20. PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

21. DOMICILIO

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

22. LEGISLACIÓN SUPLETORIA

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

23. DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

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

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

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

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

1.3 AMPAROS ADICIONALES

1.3.1 COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO

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

1.3.1.1 HONORARIOS DE DEFENSA

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

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

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

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

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

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

1.3.1.2 COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES

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

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

1.3.1.3 COSTAS DEL PROCESO

SERÁN LAS COSTAS QUE DEBAN SUFRAGAR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CUANDO LA SENTENCIA HAYA SIDO DESFAVORABLE A SUS INTERESES Y A LOS DE ASEGURADORA SOLIDARIA. SI EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EXCEDE EL LÍMITE ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA SÓLO RESPONDERÁ POR LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

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

CUMPLIDAS LAS CONDICIONES ANTERIORES, ASEGURADORA SOLIDARIA:

A. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.

B. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.

C. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO EXTENDIDO OTORGADO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.

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

1.4 AMPAROS CONTRATABLES MEDIANTE ACUERDO EXPRESO

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

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

EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

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

1.4.2 AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES

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

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

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

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

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

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

1.4.3 AMPARO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON SUJECIÓN A LAS DEMÁS CONDICIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA, BAJO ESTE AMPARO SE CUBRE EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS COMO RESULTADO DIRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LA INSTITUCIÓN CONFORME A RECETA MÉDICA Y, ELLA CUENTE CON LA LICENCIA O AUTORIZACIÓN OFICIAL PREVIAS Y LOS REGISTROS A QUE HAYA LUGAR ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

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

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

PREDIOS Y LOS EQUIPOS SE ENCUENTREN RELACIONADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

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

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

1.4.5 AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS

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

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

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

2. EXCLUSIONES

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

- 2.1 DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
- 2.2 EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
- 2.3 CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS, TRATAMIENTOS, TERAPIAS O INDICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS, NO ACEPTADOS O NO APROBADOS POR LA CIENCIA MÉDICA, LAS NORMAS LEGALES Y/O LAS ENTIDADES QUE REGULEN LA MATERIA.
- 2.5 CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR LA PROCREACIÓN.
- 2.6 INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIETADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
- 2.7 VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL.
- 2.8 CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
- 2.9 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE REALICEN CON EL OBJETO DE EFECTUAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO, EXCEPTO CUANDO EXISTA AUTORIZACIÓN JUDICIAL.
- 2.10 ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.11 CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
- 2.12 DEFICIENCIA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS, UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS SIN HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA YA SEA QUE ÉSTA HAYA SIDO SUSPENDIDA, REVOCADA O QUE HAYA EXPIRADO Y NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y, USO DE EQUIPOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.13 TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.14 TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 2.6 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON

- LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES QUE REGULEN LA MATERIA, CON PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO.
- 2.15 CONTAGIO DE UNA ENFERMEDAD, SALVO QUE SE TRANSMITA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA PRÁCTICA MÉDICA SIEMPRE Y CUANDO EN LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS NO TUVIERAN, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, DE QUE SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD IMPEDIRÍA A UN PROFESIONAL RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE PRESTAR SERVICIOS Y/O REALIZAR TRATAMIENTOS A SUS PACIENTES. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.
- 2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.
- 2.17 RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA.
- 2.18 FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
- 2.19 RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA ASÍ COMO DEL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
- 2.20 RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.
- 2.21 ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, ETC.
- 2.22 DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.23 RESPONSABILIDAD PATRONAL: ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL.
- 2.24 HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.
- 2.25 LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.
- 2.26 ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO DE HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.
- 2.27 DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.28 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.
- 2.29 DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.30 FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.
- 2.31 MULTAS Y PENALIDADES, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.
- 2.32 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO
- 2.33 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y YA SEA CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY O NO.
- 2.34 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL AMPARO 1.1.2.
- 2.35 DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
- 2.36 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.37 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.38 RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
- 2.39 DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DANOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS

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

3. GARANTÍAS

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

3.1 QUE CUMPLEN CON LAS NORMAS QUE RIGEN LA PROFESIÓN MÉDICA, LA LEY DE ÉTICA MÉDICA (LEY 23 DE 1981) Y LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL QUE DESARROLLAN Y CUYO INCUMPLIMIENTO TORNARÍA SU ACTIVIDAD EN ILEGAL.

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

- a) APLICAR LAS NORMAS QUE RIGEN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA PREVISTAS EN LA RESOLUCIÓN NO.1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMAS PERTINENTES, ESPECIALMENTE AQUELLAS QUE ESTABLECEN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE INTEGRALIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, DISPONIBILIDAD Y OPORTUNIDAD, ASÍ COMO LA OBLIGACIÓN DE SENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA UN REGISTRO ADECUADO DEL ACTO REALIZADO O INDICADO A LOS PACIENTES, LAS OBSERVACIONES, CONCEPTOS, DECISIONES Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE MANERA QUE PERMITAN DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE LA SALUD BRINDADO AL PACIENTE.
- b) IDENTIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA CON NUMERACIÓN CONSECUTIVA Y CON EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (USUARIO), LOS REGISTROS ESPECÍFICOS, LOS ANEXOS DE TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO SUSTENTO LEGAL, TÉCNICO, CIENTÍFICO Y/O ADMINISTRATIVO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN, TALES COMO AUTORIZACIONES PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO), PROCEDIMIENTOS, AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA, DECLARACIÓN DE RETIRO VOLUNTARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD CONSIDEREN PERTINENTES, LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS NECESARIOS EN CADA ENTRADA QUE SE REALICE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA DESCRIPCIÓN CONCISA, LEGIBLE (SI LAS ANOTACIONES SON MANUSCRITAS), VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA DE TODA LA ACTUACIÓN MÉDICA Y/O AUXILIAR RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBTENIDOS ACERCA DEL PACIENTE Y SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO, EN TODOS LOS CASOS, ANAMNÉSIS, EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA.
- c) VERIFICAR, CONTROLAR Y ASEGURAR QUE TODA Y CADA UNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS CONTENGAN UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE QUE CON EL PACIENTE SE HA REALIZADO UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO, EXCEPTO EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRATAMIENTOS POR RECETA, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. EL FORMULARIO DEBERÁ ESTAR SUSCRITO TAMBIÉN POR EL/ LOS PROFESIONAL (ES) INTERVINIENTE(S).
- d) MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL Y, EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.
- e) CONSERVAR TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y TODOS LOS REGISTROS CONCERNIENTES A TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS PRESTADOS AL PACIENTE, INCLUYENDO LOS REGISTROS RELATIVOS AL MANTENIMIENTO DE LOS

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

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

- 3.4 ENTREGAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O AL REPRESENTANTE DESIGNADO POR ELLA, TODO REGISTRO, INFORMACIÓN, DOCUMENTO, DECLARACIÓN JURADA O TESTIMONIAL QUE SOLICITEN CON EL FIN DE DETERMINAR, REDUCIR Y/O ELIMINAR LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.5 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE, CON TODAS LAS POSIBILIDADES A SU ALCANCE Y, EN CASO DE SER NECESARIO, AUTORIZARLOS PARA PROCURAR LA OBTENCIÓN DE REGISTROS Y DE CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE NO ESTÉN EN POSESIÓN DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.
- 3.6 COOPERAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE EN LA INVESTIGACIÓN, MEDIACIÓN, ACUERDO EXTRA JUDICIAL O DEFENSA DE TODA RECLAMACIÓN, PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA O PROCESO.
- 3.7 PRESTAR A ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE TODA LA ASISTENCIA RAZONABLE Y ENTREGARLES LAS AUTORIZACIONES QUE PUEDAN REQUERIR, COMPROMETIÉNDOSE A ABONAR, EN CASO DE QUE CORRESPONDA, LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A SU PARTICIPACIÓN (DEDUCIBLE) DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO.
- 3.8 COLABORAR CON ASEGURADORA SOLIDARIA O SU REPRESENTANTE PARA HACER VALER CONTRA TERCERAS PERSONAS, NATURALES O JURÍDICAS, CUALQUIER DERECHO QUE ESTIMEN NECESARIO Y, DE SER SOLICITADO, TRANSFERIRLES TODO DERECHO DE SUBROGACIÓN TAN PRONTO LO REQUIERAN.
- 3.9 PERMITIR A ASEGURADORA SOLIDARIA EFECTUAR TRANSACCIONES O CONSENTIR SENTENCIAS.
- 3.10 NO EFECTUAR NINGUNA CONFESIÓN, ACEPTACIÓN DE HECHOS -CON LA ÚNICA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS EFECTUADOS EN LA INTERROGACIÓN JUDICIAL- OFERTA, PROMESA, PAGO O INDEMNIZACIÓN SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASEGURADORA SOLIDARIA.
- 3.11 CONSERVAR EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO, CONFORME A LO INDICADO POR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y POR LOS FABRICANTES, TODOS LOS EQUIPOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES, ELABORANDO UN REGISTRO DETALLADO DE LOS MANTENIMIENTOS, EL CUAL DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y LA DESCRIPCIÓN DE LAS REPARACIONES EFECTUADAS A LOS MISMOS, LA FECHA DE CALIBRACIÓN Y DEMÁS INFORMACIÓN RELEVANTE.
- 3.12 MANTENER LAS INSTALACIONES EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS APLICABLES.
- 3.13 DADO QUE, SI LO CONSIDERA PERTINENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA PODRÁ PRESENTAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS UNA LISTA ESPECÍFICA DE RECOMENDACIONES ASIGNÁNDOLES UNA PRIORIDAD SEÑALADA COMO INMEDIATA O NO INMEDIATA, AQUELLAS GARANTIZAN:
 - a) QUE ACORDARÁN CON ASEGURADORA SOLIDARIA, DENTRO DE UN TIEMPO NO MAYOR DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN CUMPLIR.
 - b) QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ENTREGARÁN A ASEGURADORA SOLIDARIA POR ESCRITO, UN PLAN ESPECÍFICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS, EL CUAL INCLUIRÁ LA FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO.
 - c) QUE CUMPLIRÁN EN FORMA FEHACIENTE, DENTRO DE LOS CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS POSTERIORES A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, TODAS LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS CON PRIORIDAD INMEDIATA.
 - d) QUE EL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE LAS RECOMENDACIONES ACORDADAS NO EXCEDERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO.

4. LÍMITE TEMPORAL DE LA COBERTURA

A.PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, LA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA SÓLO APLICARÁ CON RESPECTO A RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO DE QUE HABRÍAN DE SER INICIADAS EN SU CONTRA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD Y LA FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA. DE OTORGARSE LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES DESCRITA EN EL NUMERAL 1.3.2., SE AMPARARÁ LA RESPONSABILIDAD RESPECTO DE RECLAMACIONES INICIADAS EN CONTRA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS DE LAS CUALES ÉSTOS TENGAN CONOCIMIENTO, O DEBIERAN TENER CONOCIMIENTO, POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PERÍODO EXTENDIDO CONTRATADO, SIEMPRE QUE LOS ACTOS MÉDICOS HAYAN OCURRIDO DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

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

5. LÍMITE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

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

6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

A. LÍMITE POR EVENTO

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

CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS, TODAS LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO Y/O PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO, SE CONSIDERARÁN COMO **UN SOLO EVENTO, DE MANERA QUE ESTARÁN SUJETAS A UN ÚNICO LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO.**

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

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

B. LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE ASEGURADORA SOLIDARIA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA NO EXCEDERÁ EL LÍMITE AGREGADO POR VIGENCIA FIJADO EN LA CARÁTULA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, INCLUSO EN CASO DE QUE SE HAYA CONTRATADO EL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, E 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, ASEGURADORA SOLIDARIA NO ESTARÁ OBLIGADA, EN NINGÚN CASO, A PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA UNA VEZ ÉSTE HAYA SIDO AGOTADO.

7. DEDUCIBLE

ASEGURADORA SOLIDARIA SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EXCLUSIVAMENTE LA PÉRDIDA QUE EXCEDA DEL DEDUCIBLE FIJADO EN LA CARÁTULA O LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

PARA LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN MISMO ACTO MÉDICO O DE UNA SERIE DE ACTOS MÉDICOS O PARA LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS DERIVADAS DE UN MISMO HECHO DAÑINO O DE UNA SERIE DE HECHOS DAÑINOS QUE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSIDERAN UN SOLO EVENTO, SE APLICARÁ UN SOLO DEDUCIBLE.

8. UNIDAD DE EVENTO

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

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

9. DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

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

10. CONSERVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. DISTRIBUCIÓN

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

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

15. AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

16. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS CONTRA

LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO DISTINTAS DE LA INSTITUCIÓN TOMADORA Y LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD ASEGURADOS.

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

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

17. PAGO DEL SINIESTRO

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

18. FORMULARIO DE SOLICITUD Y DIVISIBILIDAD

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

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

19. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

EN CASO DE QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCIÓN DE PRIMAS NO DEVENGADAS, DICHA CIRCUNSTANCIA LE SERÁ INFORMADA AL TOMADOR.

20. PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

21. DOMICILIO

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

22. LEGISLACIÓN SUPLETORIA

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

23. REDUCCIÓN DE LA PRIMA POR DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO, EL ASEGURADOR DEBERÁ REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA, SEGÚN LA TARIFA CORRESPONDIENTE, POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

24. DEFINICIONES

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

- **Clínicas, hospitales y centros de salud asegurados (institución).**

Son los establecimientos médicos asistenciales declarados expresamente en la solicitud de seguro y designados como tales en la carátula de la póliza.

Se consideran también asegurados los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe de cuerpo médico), o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales funciones médico-administrativas.

Son asegurados también bajo la presente póliza los miembros de comités establecidos por las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados para desarrollar labores tales como la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover la calidad de los servicios médicos prestados por la institución, exclusivamente dentro del marco y con ocasión del desarrollo de tales labores solicitadas por los comités.

▪ **No son asegurados bajo esta póliza** los profesionales de la salud, bien sean internos, externos, residentes, voluntarios, temporales, empleados, contratados o en relación de dependencia o no con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, por ningún acto médico que presten o dejen de prestar a cualquier paciente dentro o fuera de la institución asegurada.

▪ **Institución Tomadora.**

Es la persona jurídica que se designa en la carátula de esta póliza.

▪ **Beneficiario.**

Dado que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, ésta en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

▪ **Tercero.**

Es la persona natural o jurídica distinta de la institución tomadora que sufre un detrimento patrimonial o un daño corporal indemnizable bajo la presente póliza, por un hecho imputable a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.

Para los efectos de la presente póliza y salvo cuando reciban servicios o atención médica en calidad de pacientes de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, no se consideran terceros:

- ✓ Personas en relación de dependencia laboral con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados.
- ✓ Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, mientras estén desempeñando las labores inherentes a sus cargos.
- ✓ Los contratistas y/o subcontratistas de las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, así como sus dependientes
- ✓ Las personas vinculadas con las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados mediante contrato de aprendizaje y/o de prestación de servicios.

▪ **Paciente.**

Es la persona natural que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos en las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, con el propósito de someterse a procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, curativos, paliativos o de rehabilitación.

▪ **Acto Médico.**

Es aquel en el que mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, pudiendo ser preventivo, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, de manera que está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, incluyendo toda la relación médico-paciente, desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

▪ **Hecho Dañino.**

Es el hecho generador de daños materiales o lesiones corporales.

▪ **Daño Material.**

Es cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

▪ **Lesión Corporal.**

Es cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

▪ **Reclamación: es.**

- A. Cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal o administrativo o comunicación escrita dirigida en contra de las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados que pretenda hacerlos responsables por un daño corporal derivado de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- B. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de un Proceso Judicial Civil o Penal en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.
- C. La notificación realizada a las Clínicas, Hospitales y Centros de Salud Asegurados de la apertura de una investigación o procedimiento administrativo en su contra, como consecuencia de un Acto Médico cometido o presuntamente cometido por ellos.

▪ **Pretensión Indemnizatoria.**

Es cualquier queja, noticia, requerimiento, trámite legal, comunicación escrita o notificación de la apertura de un proceso judicial civil o penal en su contra, realizada a las clínicas, hospitales y centros de salud asegurados, como consecuencia de un daño material o lesión corporal causada o presuntamente causada por ellos, con el propósito de obtener una reparación patrimonial.

▪ **Período de retroactividad/retroactividad.**

Es el período transcurrido con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente póliza, el cual delimita la fecha en que deben haber ocurrido los actos médicos que dan origen a la reclamación para que ésta goce de cobertura bajo el presente seguro. Si los actos médicos que dan origen a la reclamación ocurren con anterioridad a la fecha límite de retroactividad prevista en esta póliza, ésta no estará cubierta por este seguro.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2436535249830494

Generado el 14 de febrero de 2022 a las 09:08:20

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

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 Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2436535249830494

Generado el 14 de febrero de 2022 a las 09:08:20

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

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 Velasquez Rodriguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Maria Yasmith Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

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

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

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

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

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

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2436535249830494

Generado el 14 de febrero de 2022 a las 09:08:20

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

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

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO 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."

