

CONTESTA REFORMA DE DEMANDA RAD 2021-00006 DEMANDANTE JASMIN GUEVARA DEMANDADO CLINICA PALMA REAL Y OTROS

Notificaciones Vanessa Castillo Abogados <notificaciones@vcastilloabogados.com>

Jue 21/10/2021 22:14

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Palmira <j03ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: ANDRES BOADA <andres.boada@sercoas.com>; Laura Restrepo Madrid <lrestrepo@restrepovilla.com>; notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>; Rafael Ricardo Sandoval Gomez <rafael.sandoval@christus.co>

SEÑOR

JUEZ TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

E. S. D.

REF: DECLARATIVO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE: JASMIN GUEVARA MOLINA Y OTROS

DEMANDADO: CLINICA PALMA REAL SAS

RAD: 2021 00006 00

VANESSA CASTILLO VELASQUEZ , mayor, vecina de Cali, con domicilio laboral en la carrera 9 No 9-49 de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía N° 66.855.547 de Cali abogada titulada, portadora de la Tarjeta Profesional N° 87.266 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en nombre y representación de CLÍNICA PALMA REAL SAS, ante usted con el debido respeto me permito CONTESTAR LA REFORMA DE LA DEMANDA y LLAMAR EN GARANTÍA de conformidad con los que se indica en los memoriales adjuntos en formato PDF.

ADJUNTO

CONTESTACIÓN DE REFORMA A LA DEMANDA

LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A EMSSANAR

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CELEBRADOS CON EMSSANAR

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE EMSSANAR

LLAMAMIENTO EN GARANTÍA AL HOSPITAL SAN RAFAEL ESE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE HOSPITAL SAN RAFAEL ESE

CORDIALMENTE

--

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ & ABOGADOS SAS

Abogada I Responsabilidad Civil - Seguros

Carrera 9 N° 9 - 49 Oficina 502

Tels: 8801354 - 311 612 0613

Cali - Colombia

Correo : notificaciones@vcastilloabogados.com

Web : www.vcastilloabogados.com

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

Cali, Octubre 21 del 2021

SEÑOR

JUEZ TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

E.

S.

D.

REF: CONTESTA REFORMA DEMANDA VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

DEMANDANTE: JASMIN GUEVARA MOLINA Y OTROS

DEMANDADO: CLINICA PALMA REAL SAS

RAD: 2021 00006 00

VANESSA CASTILLO VELASQUEZ , mayor, vecina de Cali, con domicilio laboral en la carrera 9 No 9-49 de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía N° 66.855.547 de Cali abogada titulada, portadora de la Tarjeta Profesional N° 87.266 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en nombre y representación de **CLINICA PALMA REAL SAS**, de conformidad con el poder que me fue conferido por su Representante Legal, tal y como lo acreditan el poder especial y el certificado expedido por la Cámara de Comercio que obran en el expediente, de la manera más atenta manifiesto a usted que dentro del término legal y en su nombre procedo, a contestar la REFORMA DE LA DEMANDA formulada por los Sres. JASMIN GUEVARA MOLINA Y OTROS contra CLINICA PALMA REAL SAS, oponiéndome a la misma, de conformidad con lo que se consigna enseguida:

A LAS DECLARACIONES

Me opongo a todas y cada uno de las pretensiones y en especial a que se declare responsable a CLINICA PALMA REAL SAS por considerarlas infundadas, por no existir nexo causal, ni daño antijurídico, ni obligación alguna pendiente en relación con la CLINICA PALMA REAL SAS , pues la situación que narra la parte demandante NO tuvo un origen Institucional sino que sobrevino como una consecuencia de la misma condición de la SRA JASMIN GUEVARA MOLINA situación ajena a la CLINICA PALMA REAL .

A LA PRIMERA PRETENSION. Me opongo a que se declare responsable civilmente a la CLINICA PALMA REAL por cuanto la parte demandante a la que se adicionan las SRAS SONIA MOLINA LONDOÑO Y MARIA YENNY GAMBOA SANCHEZ, NO logró probar con certeza los elementos constitutivos de la responsabilidad, esto es el daño y el nexo causal, pues la carga de la prueba recae en el demandante.

A LA SEGUNDA PRETENSION. Me opongo a que se condene a CLINICA PALMA REAL al pago de los perjuicios causados supuestamente a los demandantes a los que se adicionan las SRAS SONIA MOLINA LONDOÑO Y MARIA YENNY GAMBOA SANCHEZ por concepto de indemnización de los perjuicios inmateriales, por considerar que no existe nexo causal, o daño antijurídico, ni obligación alguna y que en todo caso deben ser demostrados, pues no se presumen, pruebas que brillan por su ausencia aun con la reforma de la demanda.

A LA TERCERA PRETENSION. Me opongo a que se condene a CLINICA PALMA REAL al pago de intereses moratorios por cuanto no ha nacido la obligación de indemnizar.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

A LA CUARTA PRETENSION. Me opongo a que se condene a CLINICA PALMA REAL al pago de costos, costas procesales y honorarios de abogado.

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Sobre los hechos que son motivo de la demanda e invocados como fundamento de la misma y en los que supuestamente se hace consistir la Responsabilidad, no nos consta deberán probarse, y desde ya me opongo a las peticiones y pretensiones de la demanda por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del presente escrito y con las pruebas legal y oportunamente allegadas.

1. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas en el HOSPITAL SAN RAFAEL ESE corresponde a la parte demandante.
2. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas en SALUDCOM IPS corresponde a la parte demandante.
3. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
4. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
5. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
6. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
7. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
8. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
9. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
10. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
11. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
12. No me consta por tratarse de hechos ajeno a mi mandante, en consecuencia la carga de la prueba de las atenciones recibidas corresponde a la parte demandante.
13. Es cierto y solo se aceptan los registros obrante en la HISTORIA CLINICA: la señora Guevara presenta una grave complicación del embarazo conocida como Trastorno Hipertensivo del Embarazo. Esta patología tiene diversos grados de severidad y el

manejo inicial es estabilizar la paciente y establecer los criterios de gravedad del trastorno, siendo esta la conducta medica para con la señora Guevara por parte del grupo médico de la Clínica Palma Real.

14. Es cierto. Dado que se trata de registros de la historia clínica se consideran ciertos.
15. Es cierto y solo se aceptan los registros obrantes en la HISTORIA CLINICA.
16. Es cierto y solo se aceptan los registros obrantes en la HISTORIA CLINICA. Este reporte es coincidente con los hallazgos de la ecografía realizada fuera de la Clínica Palma Real el 10 de octubre de 2017, **donde se encuentra un crecimiento fetal entre promedio a bajo**. El estudio realizado en la Clínica Palma Real es un Perfil Biofísico Fetal, que tiene la misma sospecha clínica de un retardo del crecimiento del feto dentro del útero.
17. NO es cierto. Debe aclararse al demandante que las ordenes medicas plantean la vigilancia estrecha de los signos vitales, el estado del feto y la condición materna. Esta vigilancia es realizada por el grupo de Enfermería y sus registros muestran total normalidad de la señora Guevara durante la noche entre el 12 y el 13 de octubre.

En los apartes que se extractan de las Notas de Enfermería de las evaluaciones realizadas a la señora Guevara, vemos tiene una evolución satisfactoria de su cuadro clínico.

SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN	
RECIBO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIETNE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR	
HORA:	12/10/2017 23:00	TITULO:	EVOLUCION	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN	
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARADNAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR	
HORA:	13/10/2017 2:00	TITULO:	EVOLUCION	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN	

Las notas de enfermería del 12 de octubre hasta las 23 horas, muestran que la señora Guevara se encuentra en buen estado, sin comentar sobre sintomatología, percibiendo los movimientos del feto. Así mismo, en la nota de enfermería del 13 de octubre a las 2 am y las 5:56 am del mismo 13 de octubre de 2017.

No Historia Clínica: 1193036442		Nombre Paciente: JASMIN GUEVARA MOLINA		Ingreso: 837445		12/10/2017	
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARADNAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR			
HORA: 13/10/2017 5:56		TITULO: ENTREGA DE TURNO		IMPORTANCIA:		Ninguna	
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN			
ENTREGO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIETNE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR			

En la evaluación de las 6 am del 13 de octubre la señora Guevara comenta presentar un leve dolor a nivel abdominal, pero no se asocia a ningún otro síntoma grave como sangrado. Así mismo, los movimientos fetales y los signos vitales son normales, por lo que no hay evidencia clínica que haga sospechar algún tipo de complicación.

NOTAS DE ENFERMERIA				
HORA:	13/10/2017 6:00	TITULO:	RECIBO DE TURNO	IMPORTANCIA: Importante
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANALISIS-PLAN	
No Historia Clínica: 1193036442 Nombre Paciente: JASMIN GUEVARA MOLINA Ingreso: 837445 13/10/2017 RECIBO GESTANTE DE 16 AÑOS DE EDAD, EN CAMILLA, POSICION SEMI FOWLER, CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA. CON Dx: G1 P0 + EMBARAZO DE 33.1 SEMANAS + RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO + TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??. PACIENTE QUE PRESENTA EPISODIO DE EMESIS, PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR SIGNOS Y/O SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA: ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO EN GRAVIDEZ, PACIENTE REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, CON LEVE ACTIVIDAD UTERINA, REFIERE DOLOR "BAJITO", UBICANDOLO EN EL HIPOGASTRIO, GENITALES INTEGROS, SIN SALIDA DE LIQUIDO Y/O SANGRADO POR VAGINA. TIENE VENA CANALIZADA EN PLIEGUE DEL CODO IZQUIERDO CON CATETER # 18 CONECTADO A EQUIPO MACROGÓTERO PASANDO SSN A MANTENIMIENTO, NO PRESENTA SIGNOS DE FLEBITIS O EXTRAVASACION EN SITIO DE PUNCION. MIEMBROS INFERIORES INTEGROS Y SIN EDEMA. PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION Y BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS. PENDIENTE: ECO DOPPLER. CUPO RESERVADO EN LA UCI NEONATAL. ZAMORA ROMERO JULIETH VIGILAR: SIGNOS VITALES Y FCF CADA HORA, SIGNOS Y/O SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, BIENESTAR MATERNO FETAL, ACTIVIDAD UTERINA, PERDIDAS VAGINALES.				

Podemos ver entonces que lo comentado por el demandante no tiene fundamento.

Así mismo, de haber presentado dolor abdominal “toda la noche”, la paciente lo hubiera comentado al grupo de enfermería y este a su vez en forma inmediata al especialista de turno encargado. Pero claramente este síntoma no estuvo presente pues las notas de enfermería registran todo lo contrario: una paciente en buen estado, sin evidencia de signos clínicos de riesgo, sintiendo los movimientos del feto e incluso durmiendo a intervalos prolongados.

Por lo tanto, el supuesto “abandono de la paciente” que se quiere mostrar en la narración del hecho nunca se dio y, por el contrario, se demuestra el cuidadoso control de la señora Guevara durante todo el tiempo de su hospitalización.

18. NO es cierto. Tal como se demostró en los numerales anteriores, hemos desvirtuado por completo las afirmaciones sobre un supuesto abandono de la paciente; y tampoco es cierto que la sintomatología de dolor abdominal estuvo presente durante toda la noche, pues con los meticulosos registros de Enfermería se muestra que esta afirmación no es cierta.

Entre las 8 y 8:29 am (según las notas de enfermería y las notas del especialista) se encuentra el cuadro de dolor abdominal, visión borrosa y útero hipertónico, que hacen sospechar un desprendimiento de la placenta y una preeclampsia grave. Se realiza ecografía de emergencia y es llevada en forma inmediata a cesárea, tal como recomienda la literatura medica para estos casos.

19. Es parcialmente cierto y solo se aceptan los registros de la HISTORIA CLINICA. La nota registra:

EVOLUCION

PACIENTE DE 16 AÑOS, G1P0, EMBARAZO DE 33,1 SEMANAS CON THE A ESTUDIO Y RCIU VS FETO PEQUEÑO POR ECOGRAFIA OBSTETRICA REFIERE DOLOR ABDOMINAL INTENSO CON CEFALEA Y VISION BORROSA EN EL MOMENTO AL EXAMEN FISICO PACIENTE

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

NOTESE: Refiere dolor abdominal intenso con cefalea y visión borrosa EN EL MOMENTO. Es claro que no había evidencia de esta sintomatología previamente y se comenta que la paciente la está presentando EN EL MOMENTO.

20. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

21. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos

22. Es cierto. NO hay contradicción alguna entre las notas de los dos especialistas: el Pediatra realiza el procedimiento de reanimación cardiopulmonar en el momento en que el feto es extraído. Dado que no hay respuesta clínica a las maniobras de reanimación cardiopulmonar, se considera mortinato o feto muerto.

23. NO es cierto como se comenta. Debe aclararse que el embarazo y el desarrollo del feto son un proceso dinámico, que puede cambiar en el tiempo dependiente de múltiples factores. En las ecografías realizadas hasta julio de 2017, hay un crecimiento fetal normal. Pero en la ecografía del 10 de octubre, ya se encuentra un feto creciendo en percentiles entre bajo y normal. El estudio de Perfil Biofísico Fetal realizado en la Clínica Palma Real confirma este hallazgo: un feto creciendo en percentiles bajos. Esta condición se conoce como RCIU o Retardo del Crecimiento Intrauterino. Por lo tanto, el hecho de que las ecografías iniciales no mostraran la alteración, no significa que esta no se pudiera o se estuviera presentando, como de hecho sucede.

24. NO es cierto. Deberá demostrar el demandante cuales fueron las omisiones en “exámenes” o cuales fueron los eventos que no fueron tenidos en cuenta, según su criterio, y que están recomendados por la literatura medica para el manejo de las patologías que presentaba la señora Guevara.

25. No es un hecho sino la apreciación del abogado producto de su personal análisis con relación a los hallazgos en la historia clínica, en sus manifestaciones no identifica a que diagnósticos hace referencia, ni a la causa del deceso de la hija de la SRA GUEVARA, pues justamente la carga de la prueba gravita sobre el demandante quien deberá demostrar los diagnósticos, las complicaciones y las causas de muerte del feto. De lo que se concluye que el establecimiento de la congruencia a la que se refiere de manera muy generalizada, es parte de su labor probatoria.

26. NO es cierto. Nuevamente, el demandante pretende desconocer las notas de enfermería que reposan en la historia la cual adjunto con la CONTESTACION DE LA DEMANDA, donde se encuentra la cuidadosa y permanente monitorización de la señora Guevara. Debe aclararse al demandante, que las ordenes medicas plantean la vigilancia estrecha de los signos vitales, el estado del feto y la condición materna. Esta vigilancia es realizada por el grupo de Enfermería y sus registros muestran total normalidad de la señora Guevara durante la noche entre el 12 y el 13 de octubre Por lo que su afirmación no es cierta y en consecuencia deberá ser demostrada.

27. NO es cierto. No es muy claro lo que pretende decir el demandante en este hecho, pero si es claro que los trastornos hipertensivos del embarazo están asociados a diversas complicaciones e incluso la muerte del feto, la madre o ambos. Y que muchas de estas, incluyendo el desprendimiento de placenta que se presentó, son imprevisibles. Por lo que su afirmación no es cierta y en consecuencia deberá ser demostrada.

28. Por tratarse la adición de las señoras SONIA MOLINA LONDOÑO Y MARIA YENNY GAMBOA SANCHEZ de hechos ajenos a mi poderdante deberán ser demostrados por la parte que lo aduce.

29. Por tratarse la adición de las señoras SONIA MOLINA LONDOÑO Y MARIA YENNY GAMBOA SANCHEZ de hechos ajenos a mi poderdante deberán ser demostrados por la parte que lo aduce.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

30. Por tratarse de hechos ajenos a mi poderdante deberán ser demostrados por la parte que lo aduce. No obstante vale la pena resaltar que a la fecha el demandante no ha demostrado los elementos neurálgicos de la responsabilidad, de manera que no ha nacido obligación alguna de indemnizar.

**FUNDAMENTOS CLINICOS DE LA DEFENSA Y CONTESTACION FRENTE AL
CASO CONCRETO**

ACTO MEDICO EN CUESTION

- Manejo de Preeclampsia
- Diagnostico del Abruption de Placenta

ANALISIS DEL CASO

Es importante aquí aclarar los términos que se describen dentro de la información médica registrada en la historia clínica, así como evidenciar lo que describe la Lex Artis respecto a las evaluaciones y manejo de estas patologías.

La pre eclampsia se define como la hipertensión que aparece durante el embarazo acompañada de edema (inflamación o retención de líquidos) y/o proteinuria (perdida de proteínas por alteración del riñón) anormales.

La hipertensión arterial concomitante con el embarazo puede clasificarse como crónica (cuando precede al embarazo y se diagnostica antes de las veinte semanas del mismo o si persiste después de 12 semanas de resuelto éste) o como hipertensión aguda inducida por el embarazo (cuando ocurre después de las veinte semanas de gestación y se resuelve después del nacimiento).

De esta última se aceptan dos variantes distintas e independientes. A la primera se le conoce como preeclampsia-eclampsia, cursa con daño renal y perdida de proteínas por la orina o albuminuria y es potencialmente maligna, ya que puede acompañarse de alteraciones multisistémicas que arrojan elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, materna y fetal.

La literatura mundial y las guías colombianas, son enfáticas en mostrar que los trastornos hipertensivos como preeclampsia, preeclampsia grave y síndrome HELLP son patologías muy grave y potencialmente mortales, que a su vez se asocian a otras complicaciones igualmente graves del embarazo.

La preeclampsia es una enfermedad grave que aumenta el riesgo de morbilidad materna y fetal. Su tratamiento depende de los hallazgos de tensión arterial, los cuales determinan si se trata o no de una preeclampsia leve o grave.

Así mismo, el tratamiento final es terminar con el embarazo, pues más del 70% de las pacientes con preeclampsia se recuperan y normalizan sus cifras tensionales al ser desembrazadas.

En el caso que nos ocupa, la señora Guevara presenta un trastorno hipertensivo del embarazo desde el momento en que es remitida a la Clínica Palma Real. Esto obliga a realizar toda una serie de exámenes y pruebas diagnosticas para clasificar el tipo de trastorno hipertensivo, lo cual además va a establecer su tratamiento e incluso su riesgo vital.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

Las guías universalmente establecen que durante las primeras horas de hospitalización se debe calificar y clasificar la entidad, para posteriormente definir el tratamiento, que va a depender del tiempo de embarazo y la condición de la madre y el feto.

“10.2.1.2.1 Medidas generales

- *Hospitalización de todas las pacientes con diagnóstico de preeclampsia en nivel de complejidad media o alta (A.1b) (47)*

- *Durante las primeras seis horas de hospitalización, calificar el compromiso materno y fetal, para clasificar la entidad. Además, precisar la edad gestacional, estabilizar las variables hemodinámicas y, en muchas ocasiones, terminar el embarazo (10) (D5)*

- *La paciente hospitalizada debe ser vigilada de la siguiente manera: tensión arterial cada cuatro horas, proteinuria cualitativa diaria, proteinuria cuantitativa semanal, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados.*

Además de solicitar los siguientes paraclínicos: hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, transaminasas, bilirrubinas, ácido úrico, BUN, creatinina, deshidrogenasa láctica, frotis de sangre periférica, depuración de creatinina, ecografía obstétrica, perfil biofísico y monitoría fetal (D5)

- *Administrar 12 mg de betametasona cada 24 horas por dos dosis para fomentar la maduración pulmonar en embarazos entre 26 y 34 semanas.*

Esta recomendación disminuye el riesgo de membrana hialina neonatal en 50% (A1a). Los corticosteroides están contraindicados en asfixia perinatal severa (D5)”¹

En este caso estas son precisamente las acciones que emprende el grupo medico de la Clinica Palma Real desde el mismo momento de ingreso de la señora Guevara. Igualmente, se tiene un control de sus signos vitales CADA HORA, los cuales están registrados en las notas de enfermería que reposan en la historia clínica. Uno de los eventos complejos es que NO SE PUEDE PREDECIR si una preeclampsia va a evolucionar a complicaciones serias, convulsiones o deterioro severo como el Síndrome Hellp (una disfunción de múltiples órganos y de alta mortalidad) o va a evolucionar hacia la mejoría. Esto también lo reconoce claramente la literatura médica.

Así mismo, hay diversos eventos y complicaciones que se asocian a la preeclampsia y que tampoco puede predecirse si van o no a presentarse. Uno de ellos es el desprendimiento de la placenta o abruptio de la placenta, que consiste en el desprendimiento de la placenta dentro del útero antes del parto.

“El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto. Esto se produce en un 0,4-1% de las gestaciones. Esta patología se asocia a una elevada morbilidad materno-fetal.”²

¹ Ver en: **Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo**
http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nacer.udea.edu.co%2Fpdf%2Flibros%2Fquiamps%2Fguias14.pdf&ei=a_IMVaK8DcWvyAT_z4HABg&usq=AFQjCNHV80jC_gNNM7P_IJGrwV7aC1CK9A&bvm=bv.92765956,d.eXY

² DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en:
https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

Como hemos comentado previamente, uno de los factores de riesgo ASOCIADOS al desprendimiento prematuro o abrupto de placenta, son los trastornos hipertensivos del embarazo. Pero en un porcentaje importante de los casos, la causa es desconocida.

“Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta. Entre estos factores se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina (gestación múltiple o polihidramnios), rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. En un elevado número de casos la causa del desprendimiento es desconocida.”³

Un evento adicional respecto al desprendimiento de la placenta, esta en que es una patología que NO puede predecirse y tampoco tiene un examen típico o específico para su diagnóstico, por lo que la base de su identificación es el cuadro clínico.

“El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El empleo de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad.”⁴

“Aunque se conocen muchos factores de riesgo, la causa primaria de DPPNI se desconoce en la actualidad. Los principales hallazgos clínicos son el sangrado vaginal y dolor abdominal, a menudo acompañado de contracciones uterinas hipertónicas, sensibilidad uterina, y un patrón alterado de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).

Se trata de una situación clínica grave, constituyendo una de las entidades obstétricas más importantes de la medicina materno-fetal. A pesar de los importantes avances diagnósticos y terapéuticos sigue presentándose como un accidente imprevisible asociado a una alta tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal”⁵ (Texto subrayado por nosotros)

Como podemos ver en la literatura médica este es un evento que sigue siendo IMPREVISIBLE al actuar médico y resulta una condición muy grave con una alta probabilidad de muerte para el feto e incluso para la madre.

En el caso que nos ocupa la señora Guevara tiene una evolución satisfactoria de su cuadro clínico, según se encuentra tanto en las notas médicas como en los registros de sus controles de enfermería.

³ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

⁴ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

⁵ ABRUPTIO PLACENTAE: UNA GRAVE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA. Ver en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8731/ViruegaCuaresmaD.pdf?sequence=4>

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

ausencia de frecuencia cardiaca fetal. Estos son signos clínicos de desprendimiento de placenta y preeclampsia grave, por lo que es llevada en forma inmediata a cesárea de emergencia con esta sospecha clínica. En la cirugía, se encuentra un desprendimiento del 100% de la placenta, con muerte del feto por este evento. Igualmente se realiza reanimación cardiopulmonar al feto, sin obtener respuesta.

Como puede verse de la evolución del caso, la señora Guevara no presentaba ningún signo clínico sugestivo de desprendimiento de placenta antes de las 8 am del 13 de octubre y su condición clínica era estable. Hemos mostrando en la literatura medica que el desprendimiento de placenta es una entidad que NO PUEDE PREDECIRSE y que habitualmente en los casos de desprendimiento abrupto y completo va a llevar a la muerte del feto, como sucede desafortunadamente en este caso.

Podemos establecer entonces que los manejos dados a la señora Guevara en la Clínica Palma Real están acordes con las recomendaciones de la literatura médica, sin que pueda establecerse una conducta inadecuada o negligente sobre la cual imputar responsabilidad.

FUNDAMENTO DE DERECHO

SENTENCIA DEL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2002 (RADICADO 6199). SALA DE CASACIÓN CIVIL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. DR. NICOLÁS BECHARA SIMANCAS. RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS MEDICOS SE RIGE POR LA CULPA PROBADA

Explicó:

“...la responsabilidad civil de los médicos (contractual o extracontractual) está regida en la legislación patria por el criterio de la culpa probada, salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación y esta se incumple, cual sucede, por ejemplo, con las obligaciones llamadas de resultado; criterio reiterado en términos generales por la Sala en su fallo del 30 de Enero del 2001 (Exp. 5507) en el que esta puntualizó la improcedencia de aplicar en esta materia, por regla de principios, la presunción de culpa prevista en el artículo 1604 del Código Civil al sostener que, de conformidad con el inciso final de dicho precepto, priman sobre el resto de su contenido “ las estipulaciones de las partes” que sobre el particular existan, añadiendo por lo consiguiente y no sin antes reconocer la importancia de la Doctrina que diferencia entre las obligaciones de medio y de resultado, que “lo fundamental esta en identificar el contenido y el alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en el caso concreto porque es este contrato específico el que va a indicar los deberes jurídicos que hubo de asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran su responsabilidad y particularmente de la culpa, porque bien puede suceder, como en efecto ocurre, que el régimen jurídico específico excepcione en general de los primeros incisos del artículo 1604 del Código Civil, conforme lo autoriza el inciso final de la norma”.

LEY 23 DE 1.981 Y DECRETO REGLAMENTARIO 3380 DE 1981. LA OBLIGACIÓN MÉDICA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

Tal como precisó el legislador en la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica, en su capítulo 1, Numeral 1 “...La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes....”

Es por ello que la naturaleza de la obligación médica es de medio y no de resultado donde el profesional de la medicina en todos sus actos médicos coloca a disposición del paciente sus conocimientos, la idoneidad que estriba en su experiencia en la práctica reiterativa de los mismos, como también se obliga al galeno a prestar esfuerzos y suministrar cuidados a su paciente sin que garantice efectividad y la no ocurrencia de situaciones riesgosas, que debido a que la actividad medica se encuentra expuesta a intervenir no a un ente inerte, sino por el contrario al ser humano , donde su organismo comporta estados que obedecen al desarrollo y maduración de estructuras anatómicas, que no obstante desplegar todos los cuidados necesarios algunos resultados inesperados se producen por causas endógenas que no se pueden prevenir ni predecir.

CONSEJO DE ESTADO. SENTENCIA DEL 14 DE JULIO DE 2005. EXP. NO. 15.276

Los jueces y tribunales de la jurisdicción ordinaria civil, a falta de doctrina probable sobre el particular, han acudido a la jurisprudencia del Consejo de Estado como criterio auxiliar de interpretación para la resolución de este tipo de asuntos.

Sobre el particular, tenemos que la sentencia del 14 de julio de 2005, precisa:

“Debe precisarse, en esta oportunidad, que las observaciones efectuadas por la doctrina, que pueden considerarse válidas en cuanto se refieren a la naturaleza especial y particular de la obstetricia, como rama de la medicina que tiene por objeto la atención de un proceso normal y natural, y no de una patología, sólo permitirían, en el caso colombiano, facilitar la demostración de la falla del servicio, que podría acreditarse indiciariamente, cuando dicho proceso no presenta dificultades y, sin embargo, no termina satisfactoriamente. No existe, sin embargo, fundamento normativo para considerar que, en tales eventos, la parte demandante pueda ser exonerada de probar la existencia del citado elemento de la responsabilidad. Y más exigente será, en todo caso, la demostración del mismo, cuando se trate de un embarazo riesgoso o acompañado de alguna patología”. (Consejo de Estado. Sentencia del 14 de Julio de 2005. Exp. No. 15.276)

Vale la pena finalmente resaltar lo que esa alta corporación precisó en sentencia más reciente:

*“En síntesis bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, a la víctima del daño que pretende reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) **la falla en el acto obstétrico** y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, y se reitera, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño. No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad, en otras palabras, no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño para que automáticamente se ubique la carga de la prueba **de una actuación rodeada de diligencia y cuidado en el ente hospitalario demandado**. (CE, Sección Tercera. Sentencia del 06-03-2008, CP: Ruth Stella Correa Palacio, expediente No.16.191)*

OBJECION U OPOSICION A LA CUANTIA

La parte demandante solicita el pago de la suma de \$608.000.000 suma que claramente no atiende los topes máximos para cada uno de los perjuicios extrapatrimoniales solicitados conforme lo decantado por la jurisprudencia de la corte suprema de justicia.

EN CUANTO A LAS SOLICITUDES PROBATORIAS

Por cuanto en la petición del demandante no se identifica claramente los hechos sobre los cuales versara la declaración de cada uno de los testigos cuya citación solicita, los mismos deberán ser rechazados.

EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE A LA PARTE ACTORA

1. AUSENCIA DE PRUEBA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL- CULPA MEDICA Y NEXO DE CAUSALIDAD

Esta excepción se fundamenta en el hecho de que el acto médico puede eventualmente generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, únicamente cuando exista culpa comprobada ya porque actúe con negligencia o impericia, descuido o imprevisión, de lo cual pende el esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el paciente. Por lo tanto el médico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos de donde se desprende aquella.

Tales aspectos son significativos en la responsabilidad del médico, quien tiene dicho la Corte, *“se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirlo quirúrgicamente (...) con el fin de liberarlo, en lo posible de sus dolencias; para este efecto aquél debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran (...)”* (casación civil de 26 de noviembre de 1986, Gaceta Judicial No. 2423, pp. 359 ss); *“el médico no puede responder sino cuando su comportamiento, dentro de la estimativa profesional, fue determinante del perjuicio causado”, examinándose in casu conforme al marco fáctico de circunstancias y a los elementos de convicción* (cas.civ. sentencia de 30 de enero de 2001, exp. 5507).

El adecuado manejo por parte de la IPS y todo el equipo médico se pueden resumir de la siguiente manera:

- Se trata de una paciente de 16 años en su primer embarazo, considerado de alto riesgo obstétrico por embarazo en adolescente. Según registra la historia ha tenido un control prenatal normal hasta el 10 de octubre de 2017 en que se encuentra una reducción en el peso del feto y el 11 de octubre consulta al Hospital San Rafael del Cerrito por presentar un cuadro sugestivo de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, una complicación grave de su condición de gestante.
- Es remitida a la Clínica Palma Real, donde ingresa el mismo 11 de octubre de 2017. Se inicia el protocolo de estudios para su Trastorno Hipertensivo del Embarazo o Gestacional. Igualmente se realiza una Monitoria Fetal que permite establecer el estado fetal, el cual no muestra signos de sufrimiento.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

- Los exámenes clínicos de la señora Guevara **no muestran un cuadro severo asociado al trastorno hipertensivo y tampoco hay signos clínicos premonitorios de gravedad**. Por esta razón, es hospitalizada para continuar su evaluación. Se ordena monitorización de la tensión arterial y la frecuencia cardiaca fetal y se solicita un estudio especializado conocido como PERFIL BIOFISICO FETAL, que mediante ecografía permite establecer con mayor precisión la condición del feto. Este estudio es realizado y el 12 de octubre se encuentra un feto creciendo en percentiles bajos, lo cual hace sospechar un Retardo del Crecimiento Intrauterino, una complicación adicional de su embarazo.
- La señora Guevara es valorada en forma permanente con monitorización de su tensión arterial y la frecuencia cardiaca del feto. Las notas de enfermería que reposan en la historia clínica muestran hasta el 13 de octubre de 2017 normalidad, con una paciente que percibe los movimientos del feto, con una tensión arterial controlada y frecuencia cardiaca del feto normal.
- A las 6 am es valorada nuevamente por enfermería. La paciente comenta sentir un muy leve dolor, que puede ser normal dada su condición, **pero con movimientos normales del feto**. A las 8 am es valorada nuevamente, encontrando que la señora Guevara presenta dolor abdominal severo, dolor de cabeza y visión borrosa, con útero hipertónico y además ausencia de frecuencia cardiaca fetal.
- Con este cuadro clínico se sospecha una complicación muy grave: un desprendimiento o Abruption de la placenta. En forma inmediata es llevada a cesárea, encontrando un feto sin signos vitales que es reanimado por especialista en Pediatría sin respuesta. Además, como se había sospechado clínicamente se encuentra un desprendimiento del 100% de la placenta, lo que produce la muerte fetal. La señora Guevara presenta complicaciones asociadas que son manejadas por el grupo médico, con una evolución satisfactoria, siendo dada de alta.

En el caso que nos ocupa, la señora Guevara presenta un trastorno hipertensivo del embarazo desde el momento en que es remitida a la Clínica Palma Real. Esto obliga a realizar toda una serie de exámenes y pruebas diagnosticas para clasificar el tipo de trastorno hipertensivo, lo cual además va a establecer su tratamiento e incluso su riesgo vital.

Las guías universalmente establecen que durante las primeras horas de hospitalización se debe calificar y clasificar la entidad, para posteriormente definir el tratamiento, que va a depender del tiempo de embarazo y la condición de la madre y el feto.

“10.2.1.2.1 Medidas generales

- *Hospitalización de todas las pacientes con diagnóstico de preeclampsia en nivel de complejidad media o alta (A.1b) (47)*
- *Durante las primeras seis horas de hospitalización, calificar el compromiso materno y fetal, para clasificar la entidad. Además, precisar la edad gestacional, estabilizar las variables hemodinámicas y, en muchas ocasiones, terminar el embarazo (10) (D5)*
- *La paciente hospitalizada debe ser vigilada de la siguiente manera: tensión arterial cada cuatro horas, proteinuria cualitativa diaria, proteinuria cuantitativa semanal, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados.*

Además de solicitar los siguientes paraclínicos: hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, transaminasas, bilirrubinas, ácido úrico, BUN, creatinina, deshidrogenasa láctica, frotis de sangre periférica, depuración de creatinina, ecografía obstétrica, perfil biofísico y monitoría fetal (D5)

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

- *Administrar 12 mg de betametasona cada 24 horas por dos dosis para fomentar la maduración pulmonar en embarazos entre 26 y 34 semanas.*

Esta recomendación disminuye el riesgo de membrana hialina neonatal en 50% (A1a). Los corticosteroides están contraindicados en asfixia perinatal severa (D5)”⁶

En este caso estas son precisamente las acciones que emprende el grupo medico de la Clínica Palma Real desde el mismo momento de ingreso de la señora Guevara. Igualmente, se tiene un control de sus signos vitales CADA HORA, los cuales están registrados en las notas de enfermería que reposan en la historia clínica. Uno de los eventos complejos es que NO SE PUEDE PREDECIR si una preeclampsia va a evolucionar a complicaciones serias, convulsiones o deterioro severo como el Síndrome Hellp (una disfunción de múltiples órganos y de alta mortalidad) o va a evolucionar hacia la mejoría. Esto también lo reconoce claramente la literatura médica.

Así mismo, hay diversos eventos y complicaciones que se asocian a la preeclampsia y que tampoco puede predecirse si van o no a presentarse. Uno de ellos es el desprendimiento de la placenta o abruptio de la placenta, que consiste en el desprendimiento de la placenta dentro del útero antes del parto.

“El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto. Esto se produce en un 0,4-1% de las gestaciones. Esta patología se asocia a una elevada morbilidad materno-fetal.”⁷

Como hemos comentado previamente, uno de los factores de riesgo ASOCIADOS al desprendimiento prematuro o abrupto de placenta, son los trastornos hipertensivos del embarazo. Pero en un porcentaje importante de los casos, la causa es desconocida.

“Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta. Entre estos factores se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina (gestación múltiple o polihidramnios), rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. En un elevado número de casos la causa del desprendimiento es desconocida.”⁸

Un evento adicional respecto al desprendimiento de la placenta, esta en que es una patología que NO puede predecirse y tampoco tiene un examen típico o específico para su diagnóstico, por lo que la base de su identificación es el cuadro clínico.

⁶ Ver en: **Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo**
http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nacer.udea.edu.co%2Fpdf%2Flibros%2Fguiamps%2Fguias14.pdf&ei=a_lMVaK8DcWvyAT_z4HABg&usq=AFQjCNHV80jC_gNNM7P_IJGrwV7aC1CK9A&bvm=bv.92765956,d.eXY

⁷ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en:
https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

⁸ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en:
https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

“El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El empleo de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad.”⁹

“Aunque se conocen muchos factores de riesgo, la causa primaria de DPPNI se desconoce en la actualidad. Los principales hallazgos clínicos son el sangrado vaginal y dolor abdominal, a menudo acompañado de contracciones uterinas hipertónicas, sensibilidad uterina, y un patrón alterado de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).

Se trata de una situación clínica grave, constituyendo una de las entidades obstétricas más importantes de la medicina materno-fetal. A pesar de los importantes avances diagnósticos y terapéuticos sigue presentándose como un accidente imprevisible asociado a una alta tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal”¹⁰ (Texto subrayado por nosotros)

Como podemos ver en la literatura médica este es un evento que sigue siendo IMPREVISIBLE al actuar médico y resulta una condición muy grave con una alta probabilidad de muerte para el feto e incluso para la madre.

En el caso que nos ocupa la señora Guevara tiene una evolución satisfactoria de su cuadro clínico, según se encuentra tanto en las notas médicas como en los registros de sus controles de enfermería.

SUBJETIVO-OBJETIVO				ANÁLISIS-PLAN	
RECIBO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNÓSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5 SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIENTE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL.				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR	
HORA:	12/10/2017 23:00	TÍTULO:	EVOLUCION	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANÁLISIS-PLAN	
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARADNAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR	
HORA:	13/10/2017 2:00	TÍTULO:	EVOLUCION	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANÁLISIS-PLAN	

Las notas de enfermería del 12 de octubre hasta las 23 horas, muestran que la señora Guevara se encuentra en buen estado, sin comentar sobre sintomatología, percibiendo los movimientos del feto. Así mismo, en la nota de enfermería del 13 de octubre a las 2 am y las 5:56 am del mismo 13 de octubre de 2017.

⁹ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en:
https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

¹⁰ ABRUPTIO PLACENTAE: UNA GRAVE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA. Ver en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8731/ViruegaCuaresmaD.pdf?sequence=4>

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

No Historia Clínica: 1193036442		Nombre Paciente: JASMIN GUEVARA MOLINA		Ingreso: 837445		12/10/2017	
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARADNAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR			
HORA: 13/10/2017 5:56		TITULO: ENTREGA DE TURNO		IMPORTANCIA:		Ninguna	
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN			
ENTREGO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIETNE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR			

En la evaluación de las 6 am del 13 de octubre la señora Guevara comenta presentar un leve dolor a nivel abdominal, pero no se asocia a ningún otro síntoma grave como sangrado. Así mismo, los movimientos fetales y los signos vitales son normales, por lo que no hay evidencia clínica que haga sospechar algún tipo de complicación.

NOTAS DE ENFERMERIA					
HORA: 13/10/2017 6:00	TITULO:	RECIBO DE TURNO			IMPORTANCIA: Importante
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANALISIS-PLAN		

No Historia Clínica: 1193036442		Nombre Paciente: JASMIN GUEVARA MOLINA		Ingreso: 837445 13/10/2017	
RECIBO GESTANTE DE 16 AÑOS DE EDAD, EN CAMILLA, POSICION SEMI FOWLER, CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON Dx: G1 P0 + EMBARAZO DE 33.1 SEMANAS + RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO + TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??. PACIENTE QUE PRESENTA EPISODIO DE EMESIS, PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR SIGNOS Y/O SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA: ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO EN GRAVIDEZ, PACIENTE REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, CON LEVE ACTIVIDAD UTERINA, REFIERE DOLOR "BAJITO", UBICANDOLO EN EL HIPOGASTRIO, GENTILES INTEGROS, SIN SALIDA DE LIQUIDO Y/O SANGRADO POR VAGINA, TIENE VENA CANALIZADA EN PLIEGUE DEL CODO IZQUIERDO CON CATETER # 18 CONECTADO A EQUIPO MACROGOTERO PASANDO SSN A MANTENIMIENTO, NO PRESENTA SIGNOS DE FLEBITIS O EXTRAVASACION EN SITIO DE PUNCION, MIEMBROS INFERIORES INTEGROS Y SIN EDEMA, PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION Y BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS. PENDIENTE: ECO DOPPLER. CUPO RESERVADO EN LA UCI NEONATAL.		ZAMORA ROMERO JULIETH		VIGILAR: SIGNOS VITALES Y FCF CADA HORA, SIGNOS Y/O SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, BIENESTAR MATERNO FETAL, ACTIVIDAD UTERINA, PERDIDAS VAGINALES.	

Solo hasta la evaluación de enfermería y del especialista en Gineco Obstetricia de las 8 am, se encuentra que el cuadro clínico de la señora Guevara ha cambiado: presenta dolor de cabeza, visión borrosa, dolor abdominal severo y útero hipertónico o endurecido, con ausencia de frecuencia cardiaca fetal. Estos son signos clínicos de desprendimiento de placenta y preeclampsia grave, por lo que es llevada en forma inmediata a cesárea de emergencia con esta sospecha clínica. En la cirugía, se encuentra un desprendimiento del 100% de la placenta, con muerte del feto por este evento. Igualmente se realiza reanimación cardiopulmonar al feto, sin obtener respuesta.

Como puede verse de la evolución del caso, la señora Guevara no presentaba ningún signo clínico sugestivo de desprendimiento de placenta antes de las 8 am del 13 de octubre y su condición clínica era estable. Hemos mostrando en la literatura medica que el desprendimiento de placenta es una entidad que NO PUEDE PREDECIRSE y que habitualmente en los casos de desprendimiento abrupto y completo va a llevar a la muerte del feto, como sucede desafortunadamente en este caso.

Podemos establecer entonces que los manejos dados a la señora Guevara en la Clínica Palma Real están acordes con las recomendaciones de la literatura médica, sin que pueda establecerse una conducta inadecuada o negligente sobre la cual imputar responsabilidad.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

En efecto el resultado que evidencio aun con el tratamiento terapéutico, constituyo para el equipo medico un fenómeno irresistible dentro del campo de la práctica médica, los profesionales que suministraron la atención son de reconocida idoneidad y amplia experiencia para quienes los efectos evidenciados se tornaron en inevitables. Pese a haber adoptado el equipo médico las medidas conducentes tendientes a disminuir cualquier riesgo sobreviniente, la historia clínica así lo reseñan.

Lo que se traduce en que ni la institución ni el equipo médico generaron un riesgo no permitido.

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD :

En éste aspecto se destaca que sobre el demandante gravita la carga de la prueba no solo sobre la supuesta culpa medica en la que funda sus exorbitantes pretensiones , sino la de la imprescindible relación de causalidad entre el actuar médico y el daño, circunstancias que no se encuentran probadas .

En el caso que nos ocupa la paciente- demandante presentaba un cuadro sugestivo de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, una complicación grave de su condición de gestante.

La pre eclampsia se define como la hipertensión que aparece durante el embarazo acompañada de edema (inflamación o retención de líquidos) y/o proteinuria (perdida de proteínas por alteración del riñón) anormales.

La hipertensión arterial concomitante con el embarazo puede clasificarse como crónica (cuando precede al embarazo y se diagnostica antes de las veinte semanas del mismo o si persiste después de 12 semanas de resuelto éste) o como hipertensión aguda inducida por el embarazo (cuando ocurre después de las veinte semanas de gestación y se resuelve después del nacimiento).

De esta última se aceptan dos variantes distintas e independientes. A la primera se le conoce como preeclampsia-eclampsia, cursa con daño renal y perdida de proteínas por la orina o albuminuria y es potencialmente maligna, ya que puede acompañarse de alteraciones multisistémicas que arrojan elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, materna y fetal.

La literatura mundial y las guías colombianas, son enfáticas en mostrar que los trastornos hipertensivos como preeclampsia, preeclampsia grave y síndrome Help son patologías muy grave y potencialmente mortales, que a su vez se asocian a otras complicaciones igualmente graves del embarazo.

La preeclampsia es una enfermedad grave que aumenta el riesgo de morbilidad materna y fetal. Su tratamiento depende de los hallazgos de tensión arterial, los cuales determinan si se trata o no de una preeclampsia leve o grave.

Así mismo, el tratamiento final es terminar con el embarazo, pues más del 70% de las pacientes con preeclampsia se recuperan y normalizan sus cifras tensionales al ser desembrazadas.

En el caso que nos ocupa, la señora Guevara presenta un trastorno hipertensivo del embarazo desde el momento en que es remitida a la Clínica Palma Real. Esto obliga a realizar toda una serie de exámenes y pruebas diagnosticas para clasificar el tipo de trastorno hipertensivo, lo cual además va a establecer su tratamiento e incluso su riesgo vital.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

Las guías universalmente establecen que durante las primeras horas de hospitalización se debe calificar y clasificar la entidad, para posteriormente definir el tratamiento, que va a depender del tiempo de embarazo y la condición de la madre y el feto.

“10.2.1.2.1 Medidas generales

- *Hospitalización de todas las pacientes con diagnóstico de preeclampsia en nivel de complejidad media o alta (A.1b) (47)*

- *Durante las primeras seis horas de hospitalización, calificar el compromiso materno y fetal, para clasificar la entidad. Además, precisar la edad gestacional, estabilizar las variables hemodinámicas y, en muchas ocasiones, terminar el embarazo (10) (D5)*

- *La paciente hospitalizada debe ser vigilada de la siguiente manera: tensión arterial cada cuatro horas, proteinuria cualitativa diaria, proteinuria cuantitativa semanal, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados.*

Además de solicitar los siguientes paraclínicos: hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, transaminasas, bilirrubinas, ácido úrico, BUN, creatinina, deshidrogenasa láctica, frotis de sangre periférica, depuración de creatinina, ecografía obstétrica, perfil biofísico y monitoría fetal (D5)

- *Administrar 12 mg de betametasona cada 24 horas por dos dosis para fomentar la maduración pulmonar en embarazos entre 26 y 34 semanas.*

Esta recomendación disminuye el riesgo de membrana hialina neonatal en 50% (A1a). Los corticosteroides están contraindicados en asfixia perinatal severa (D5)”

¹¹

En este caso estas son precisamente las acciones que emprende el grupo medico de la Clinica Palma Real desde el mismo momento de ingreso de la señora Guevara. Igualmente, se tiene un control de sus signos vitales CADA HORA, los cuales están registrados en las notas de enfermería que reposan en la historia clínica. Uno de los eventos complejos es que NO SE PUEDE PREDECIR si una preeclampsia va a evolucionar a complicaciones serias, convulsiones o deterioro severo como el Síndrome Hellp (una disfunción de múltiples órganos y de alta mortalidad) o va a evolucionar hacia la mejoría. Esto también lo reconoce claramente la literatura médica.

Así mismo, hay diversos eventos y complicaciones que se asocian a la preeclampsia y que tampoco puede predecirse si van o no a presentarse. Uno de ellos es el desprendimiento de la placenta o abrutio de la placenta, que consiste en el desprendimiento de la placenta dentro del útero antes del parto.

¹¹ Ver en: **Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo**

http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nacer.udea.edu.co%2Fpdf%2Flibros%2Fguiamps%2Fguias14.pdf&ei=a_IMVaK8DcWvyAT_z4HABg&usg=AFQjCNHV80jC_gNNM7P_IJGrwV7aC1CK9A&bvm=bv.92765956,d.eXY

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI
TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613
notificaciones@vcastilloabogados.com

*“El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto. Esto se produce en un 0,4-1% de las gestaciones. Esta patología se asocia a una elevada morbimortalidad materno-fetal.”*¹²

Como hemos comentado previamente, uno de los factores de riesgo ASOCIADOS al desprendimiento prematuro o abruptio de placenta, son los trastornos hipertensivos del embarazo. Pero en un porcentaje importante de los casos, la causa es desconocida.

*“Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta. Entre estos factores se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina (gestación múltiple o polihidramnios), rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. En un elevado número de casos la causa del desprendimiento es desconocida.”*¹³

Un evento adicional respecto al desprendimiento de la placenta, esta en que es una patología que NO puede predecirse y tampoco tiene un examen típico o específico para su diagnóstico, por lo que la base de su identificación es el cuadro clínico.

*“El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El empleo de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad.”*¹⁴

“Aunque se conocen muchos factores de riesgo, la causa primaria de DPPNI se desconoce en la actualidad. Los principales hallazgos clínicos son el sangrado vaginal y dolor abdominal, a menudo acompañado de contracciones uterinas hipertónicas, sensibilidad uterina, y un patrón alterado de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).

Se trata de una situación clínica grave, constituyendo una de las entidades obstétricas más importantes de la medicina materno-fetal. A pesar de los importantes avances diagnósticos y terapéuticos sigue presentándose como un

¹² DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en:
https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

¹³ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en:
https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

¹⁴ DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTADA POR MUTACIÓN HETEROCIGOTA EN EL GEN 257 DE LA PROTROMBINA. Ver en:
https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf

accidente imprevisible asociado a una alta tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal” ¹⁵ (Texto subrayado por nosotros)

Como podemos ver en la literatura médica este es un evento que sigue siendo IMPREVISIBLE al actuar médico y resulta una condición muy grave con una alta probabilidad de muerte para el feto e incluso para la madre.

En el caso que nos ocupa la señora Guevara tiene una evolución satisfactoria de su cuadro clínico, según se encuentra tanto en las notas médicas como en los registros de sus controles de enfermería.

SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN	
RECIBO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIENTE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR	
HORA:	12/10/2017 23:00	TITULO:	EVOLUCION	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN	
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR	
HORA:	13/10/2017 2:00	TITULO:	EVOLUCION	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN	

Las notas de enfermería del 12 de octubre hasta las 23 horas, muestran que la señora Guevara se encuentra en buen estado, sin comentar sobre sintomatología, percibiendo los movimientos del feto. Así mismo, en la nota de enfermería del 13 de octubre a las 2 am y las 5:56 am del mismo 13 de octubre de 2017.

No Historia Clínica: 1193036442		Nombre Paciente: JASMIN GUEVARA MOLINA		Ingreso: 837445 12/10/2017	
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARADNAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR	
HORA:	13/10/2017 5:56	TITULO:	ENTREGA DE TURNO		IMPORTANCIA: Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO				ANALISIS-PLAN	
ENTREGO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIETNE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL				BECERRA SALAZAR XIMENA DEL PILAR	

En la evaluación de las 6 am del 13 de octubre la señora Guevara comenta presentar un leve dolor a nivel abdominal, pero no se asocia a ningún otro síntoma grave como sangrado. Así mismo, los movimientos fetales y los signos vitales son normales, por lo que no hay evidencia clínica que haga sospechar algún tipo de complicación.

¹⁵ ABRUPTIO PLACENTAE: UNA GRAVE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA. Ver en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8731/ViruegaCuaresmaD.pdf?sequence=4>

NOTAS DE ENFERMERIA

HORA:	13/10/2017 6:00	TITULO:	RECIBO DE TURNO	IMPORTANCIA:	Importante
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANALISIS-PLAN		

No Historia Clínica:	1193036442	Nombre Paciente:	JASMIN GUEVARA MOLINA	Ingreso:	837445	13/10/2017
RECIBO GESTANTE DE 16 AÑOS DE EDAD, EN CAMILLA, POSICION SEMI FOWLER, CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON Dx: G1 P0 + EMBARAZO DE 33.1 SEMANAS + RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO + TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??. PACIENTE QUE PRESENTA EPISODIO DE EMESIS, PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR SIGNOS Y/O SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA: ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO EN GRAVIDEZ, PACIENTE REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, CON LEVE ACTIVIDAD UTERINA, REFIERE DOLOR "BAJITO", UBICANDOLO EN EL HIPOGASTRIO, GENTALES INTEGROS, SIN SALIDA DE LIQUIDO Y/O SANGRADO POR VAGINA, TIENE VENA CANALIZADA EN PLIEGUE DEL CODO IZQUIERDO CON CATETER # 18 CONECTADO A EQUIPO MACROGOTERO PASANDO SSN A MANTENIMIENTO, NO PRESENTA SIGNOS DE FLEBITIS O EXTRAVASACION EN SITIO DE PUNCION, MIEMBROS INFERIORES INTEGROS Y SIN EDEMA, PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION Y BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS. PENDIENTE: ECO DOPPLER. CUPO RESERVADO EN LA UCI NEONATAL.			ZAMORA ROMERO JULIETH	VIGILAR: SIGNOS VITALES Y FCF CADA HORA, SIGNOS Y/O SINTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, BIENESTAR MATERNO FETAL, ACTIVIDAD UTERINA, PERDIDAS VAGINALES.		

Solo hasta la evaluación de enfermería y del especialista en Gineco Obstetricia de las 8 am, se encuentra que el cuadro clínico de la señora Guevara ha cambiado: presenta dolor de cabeza, visión borrosa, dolor abdominal severo y útero hipertónico o endurecido, con ausencia de frecuencia cardiaca fetal. Estos son signos clínicos de desprendimiento de placenta y preeclampsia grave, por lo que es llevada en forma inmediata a cesárea de emergencia con esta sospecha clínica. En la cirugía, se encuentra un desprendimiento del 100% de la placenta, con muerte del feto por este evento. Igualmente se realiza reanimación cardiopulmonar al feto, sin obtener respuesta.

Como puede verse de la evolución del caso, la señora Guevara no presentaba ningún signo clínico sugestivo de desprendimiento de placenta antes de las 8 am del 13 de octubre y su condición clínica era estable. Hemos mostrando en la literatura medica que el desprendimiento de placenta es una entidad que NO PUEDE PREDECIRSE y que habitualmente en los casos de desprendimiento abrupto y completo va a llevar a la muerte del feto, como sucede desafortunadamente en este caso.

Podemos establecer entonces que los manejos dados a la señora Guevara en la Clínica Palma Real están acordes con las recomendaciones de la literatura médica, sin que pueda establecerse una conducta inadecuada o negligente sobre la cual imputar responsabilidad.

Como podemos ven en la literatura médica este es un evento que sigue siendo IMPREVISIBLE al actuar medico y resulta una condición muy grave con una alta probabilidad de muerte para el feto e incluso para la madre.

Es así como contrario a lo expuesto por la parte actora, obra prueba sustentada médica y administrativamente, que los servicios médicos de la CLINICA PALMA REAL, fueron prestados diligentemente, con el concurso de todos los medios humanos, técnicos, farmacéuticos, científicos, observando en todo momento el cuidado exigible a los profesionales de la salud, de conformidad con la técnica científica actual y los criterios médicos adoptados a nivel mundial para el diagnostico y tratamiento, a contrario sensu, no obra prueba idónea y conducente de la parte actora demostrando la falta u omisión que predica y en la que funda sus pretensiones.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

Frente a lo anteriormente expresado, las pretensiones de la demanda habrán de ser negadas por la imposibilidad de demostrar el nexo causal entre la omisión o negligencia que aduce la parte demandante sin prueba alguna, y el resultado dañoso porque tal como hemos mostrado, el grupo médico de la Clínica Palma Real actúa con la diligencia y cuidado exigibles.

3. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR ACTUACION DILIGENTE, CUIDADOSA Y OPORTUNA POR PARTE DE CLINICA PALMA REAL SAS

De la lectura de la historia clínica se evidencia que el servicio asistencial prestado por la CLINICA PALMA REAL se realizó en forma oportuna, dentro de las mejores condiciones y no se causó ni directa ni indirectamente daño alguno a la paciente.

La clínica, puso todos sus recursos humanos, logísticos y científicos, al servicio de la paciente como puede demostrarse a través de la historia clínica, con las características de inmediatez, continuidad, idoneidad, experiencia, recursos tecnológicos y humanos, calidad, humanidad, respeto por la dignidad del paciente, de manera que no se le causó daño alguno.

Todo lo que acredita diligencia y cuidado en el cumplimiento de la lex artis, luego NO puede atribuirse ningún tipo de responsabilidad civil o administrativa por los perjuicios alegados por la parte actora, pues de haberse producido, este obedeció a causas ajenas a la prestación de los servicios médicos y asistenciales, como se explicó precedentemente.

4.EXONERACION POR CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO

Las características propias de la ciencia médica y de todo tratamiento médico, es la existencia de factores de riesgo que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente, lo que llega a tornarse en irresistible frente al manejo implementado.

La lectura de la historia clínica permite demostrar el acertado manejo del cuadro clínico y de las complicaciones inherentes presentadas por la paciente, así como el oportuno, diligente e ininterrumpido cuidado con el que se obró a través de especialistas, la diligencia y cuidado empleados frente al cuadro clínico sobreviniente se evidencia que la conducta científica dispuesta por los profesionales de la salud fue correcta y conducente, tendiente a anticiparse a riesgos mayores o a evitar la mortalidad.

Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento ó la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Frente al particular me permito transcribir la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento: "... Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad" (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente II.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros)

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

De la lectura de los hechos de la demanda se evidencia que CLINICA PALMA REAL SAS, empleó en todo momento la diligencia y cuidado debidos, frente a las prestaciones en servicio de salud que requería la SRA JASMIN GUEVARA y su hija.

De manera que el resultado final NO les es imputable a la CLINICA PALMA REAL SAS que puso en todo momento a disposición del usuario un equipo selecto de especialistas de gran trayectoria para asegurar su tratamiento y recuperación, de manera que SE CUMPLIO CABALMENTE con la OBLIGACION DE MEDIOS a la que se comprometió la Institución, lo que deja sin fundamentos legal las pretensiones del demandante que olvida, que la obligación que emerge del acto médico en el presente asunto es DE MEDIO y NO DE RESULTADO.

Sobre el particular, me permito traer algunas posiciones de destacados doctrinantes que han decantado el tema así:

“El término resultados, es cuando este debe darse, hay un compromiso de un fin determinado, la importancia de lo anterior radica según Bueres en que, en la actividad de resultado la responsabilidad es objetiva y en la de medios es subjetiva, es decir, la diferencia es que en la de resultado basta el daño y el nexo causal aún sin la culpa para entrar a responder, mientras que en la de medios debe darse el daño, la culpa, en cualquiera de sus variedades, y el nexo causal.

Lo anterior indica que en la actividad de medios el médico no va a ser culpable por no obtener el resultado siempre, y cuando esta no-obtención, esté dentro de una actuación médica adecuada, mientras que en la de resultado, según esta teoría, para ser responsable sólo basta la no obtención del resultado prometido o pactado, independientemente si este se dio con culpa o no.

Este concepto fue manejado por el Dr. Bueres quien actuando como magistrado señaló.

“La distinción entre las obligaciones de medios y de resultado tiene valor sustancial, dado que sirve para individualizar el factor de atribución, en las primeras el criterio de imputación es la culpa, mientras que en las últimas la responsabilidad es objetiva”.

La jurisprudencia y doctrina internacional y los hermanos Mazeaud desarrollaron estas ideas, llamando obligaciones determinadas a las de resultado, y obligaciones de prudencia y diligencia a las de medios. Igualmente lo ha hecho el jurista argentino Trigo Represas.

Con lo anterior, si un área de la responsabilidad médica es de medios, significa que se deben emplear todos los recursos disponibles para alcanzar o lograr el resultado exitoso. Aquí, lo más importante es que persiste la presunción de inocencia, hasta que se demuestre lo contrario. En este caso, la carga probatoria es obligación de quien demanda. El médico sólo estará atento a su defensa, de acuerdo con las pruebas presentadas. De no presentarse ninguna prueba, es inocente o no tiene obligación de indemnizar

Al respecto, destaca el Jurista Luis Serrano Escobar, la actuación del 20 de mayo de 1936 de la Cámara Civil de la Corte de Casación Francesa, la cual sentó jurisprudencia al expresar:

“Entre el médico y su cliente se perfecciona un verdadero contrato, que implicará para el práctico, la obligación, sino, tan evidente de curar al enfermo, al menos de prestarle cuidados, concienzudos, solícitos y, haciendo la reserva de circunstancias excepcionales, basando su decisión, en que la práctica de la medicina es muy aleatoria, en donde el diagnóstico es el hecho de un trámite lógico cierto en gran parte, pero también de planteos sucesivos que pueden llegar al grado de alea en donde se puede triunfar o fracasar

La Corte Suprema de Justicia Colombiana, en sentencia del 30 de enero del 2001 expresó en torno a este polémico asunto:

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

“Sin desconocerse la importancia de la distinción entre obligaciones de medio o resultado atribuida a René Demogue, utilizada por la Corte para hacer la distribución de la carga de la prueba, la corporación consideró que para efectos de saber cuál era el comportamiento que debía asumir el médico, lo fundamental, antes de acudir a la abstracción teórica, estaba en identificar contenido y alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en el caso concreto, porque este contrato específico es el que va a explicar los deberes jurídicos que hubo de asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran su responsabilidad y particularmente de la culpa, porque bien puede suceder, como en efecto ocurre, que el régimen jurídico excepcione el general de los primeros incisos del artículo 1604 del Código Civil conforme lo autoriza el inciso final de la norma

El médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”. Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986, se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que en el “contrato se hubiere asegurado un determinado resultado” pues si no lo obtiene”, según dice la Corte, “el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima”, a no ser que logre demostrar alguna causa de “exoneración”, agrega la providencia, como la “fuerza mayor, caso fortuito o culpa de la perjudicada”.¹⁶ (Textos subrayados por nosotros).

En este orden de ideas se tiene que el demandante NO probó falta de idoneidad, negligencia o imprudencia como fuentes generadoras de culpa , luego entonces mientras ello no suceda, mal puede pretender un resarcimiento sobre unos perjuicios no causados, pues en ningún caso el actuar profesional es fuente generadora de consecuencias.

5. LA GENÉRICA: Le solicito señor Juez, respetuosamente, se sirva declarar todas aquellas excepciones de mérito que no se hubieren sido presentadas, pero que hayan sido demostradas y probadas dentro del proceso.

SOLICITUD DE PRUEBAS:

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

▪ **DOCUMENTALES**

Para que se tengan como pruebas de los hechos en los que se basan las excepciones pido se tengan cómo tales los documentos anexos así:

1. Poder especial conferido a la Suscrita obrante en el expediente.
2. Certificado de la CLINICA PALMA REAL expedido por la Cámara de Comercio de Cali obrante en el expediente.
3. Escrito separado de LLAMAMIENTO EN GARANTIA efectuado a ALLIANZ SEGUROS S.A.
4. Escrito separado de LLAMAMIENTO EN GARANTIA efectuado a CHUBB SEGUROS S.A.

¹⁶ Revista Sideme, Vol. 1, Núm. 1, Enero-Marzo, 2008. Ver en : www.sideme.org

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

5. COPIA DE HISTORIA CLINICA Y NOTAS DE ENFERMERIA DE LA CLINICA PALMA REAL

6. LLAMAMIENTO EN GARANTIA AL HOSPITAL SAN RAFAEL ESE

7. LLAMAMIENTO EN GARANTIA EMSSANAR ESS EPS S

▪ **TESTIMONIAL**

Me permito solicitar al despacho decretar el testimonio de las personas que a continuación se relacionan, mayores de edad, quienes podrán citarse en la CLINICA PALMA REAL SAS carrera 28 No 44-35 de Palmira o en la dirección electrónica notificaciones@vcastilloabogados.com, con el objeto de que se pronuncien sobre los hechos narrados en la demanda, su contestación, las excepciones propuestas, y sobre todo lo que les conste sobre los eventos que dieron origen a este litigio y puntualmente, sobre lo que le conste con relación a la atención prestada a la SRA JASMIN GUEVARA por mi mandante, **CLINICA PALMA REAL**.

Dres.

- El doctor CARLOS ALBERTO AGUDELO BUSTAMANTE –(GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA)–.. quien podrá citarse en la CLINICA PALMA REAL SAS carrera 28 No 44-35 de Palmira y/o al correo electrónico notificaciones@vcastilloabogados.com para que declare sobre todo lo que le consta sobre la atención de la Sra JASMIN GUEVARA, los hechos de la demanda, la contestación de la demanda, las excepciones propuestas y los demás que surjan en el desarrollo de la diligencia, en especial su tratamiento y su evolución. Este testimonio es importante porque el doctor conoció de manera directa la condición de la Sra JASMIN GUEVARA y la atención recibida por la misma.
- El doctor ISABEL CRISTINA RAMIREZ–(MEDICINA GENERAL)–. quien podrá citarse en la CLINICA PALMA REAL SAS carrera 28 No 44-35 de Palmira , y/o al correo electrónico notificaciones@vcastilloabogados.com para que declare sobre todo lo que le consta sobre la atención de la Sra JASMIN GUEVARA, los hechos de la demanda, la contestación de la demanda, las excepciones propuestas y los demás que surjan en el desarrollo de la diligencia, en especial su tratamiento y su evolución. Este testimonio es importante porque el doctor conoció de manera directa la condición de la Sra JASMIN GUEVARA y la atención recibida por la misma.
- El doctor EDUARDO JOSE ESCOBAR OCAMPO –(GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA)–.. quien podrá citarse en la CLINICA PALMA REAL SAS carrera 28 No 44-35 de Palmira y/o al correo electrónico notificaciones@vcastilloabogados.com para que declare sobre todo lo que le consta sobre la atención de la Sra JASMIN GUEVARA, los hechos de la demanda, la contestación de la demanda, las excepciones propuestas y los demás que surjan en el desarrollo de la diligencia, en especial su tratamiento y su evolución. Este testimonio es importante porque el doctor conoció de manera directa la condición de la Sra JASMIN GUEVARA y la atención recibida por la misma.
- El doctor EDWIN FERNANDO OLIVA JARAMILLO –(PEDIATRA)–. quien podrá citarse en la CLINICA PALMA REAL SAS carrera 28 No 44-35 de Palmira, y/o al correo electrónico notificaciones@vcastilloabogados.com para que declare sobre todo lo que le consta sobre la atención de la Sra JASMIN GUEVARA, los hechos de la demanda, la contestación de la demanda, las excepciones propuestas y los demás que surjan en el desarrollo de la diligencia, en especial su tratamiento y su evolución. Este testimonio es importante porque el doctor conoció de manera directa la condición de la Sra JASMIN GUEVARA y la atención recibida por la misma.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com

- El doctor PABLO ENRIQUE HOYOS GUZMAN –(GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA)–, quien podrá citarse en la CLINICA PALMA REAL SAS carrera 28 No 44-35 de Palmira, y/o al correo electrónico notificaciones@vcastilloabogados.com para que declare sobre todo lo que le consta sobre la atención de la Sra JASMIN GUEVARA, los hechos de la demanda, la contestación de la demanda, las excepciones propuestas y los demás que surjan en el desarrollo de la diligencia, en especial su tratamiento y su evolución. Este testimonio es importante porque el doctor conoció de manera directa la condición de la Sra JASMIN GUEVARA y la atención recibida por la misma.

INTERROGATORIO DE PARTE

Ruego ordenar y hacer comparecer a su despacho a los señores ANYELO STEVAN VELEZ Y JASMIN GUEVARA para que absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda y su contestación.

ANEXOS:

Al libelo de la contestación de la demanda me permito anexar los documentos indicados en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

CLINICA PALMA REAL SAS . Recibirá notificaciones en la carrera 28 No 44-35 de Palmira. centronotificaciones@christus.co

La suscrita recibirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la carrera 9 N° 9-49 oficina 502- Edificio Residencias Aristi de Cali. Tels: 880 13 54- 311 612 06 13.

CORREO ELECTRONICO: notificaciones@vcastilloabogados.com

Del señor Juez, cordialmente,


VANESSA CASTILLO VELASQUEZ

C.C. No. 66.855.547 de Cali

T. P. No. 87.266 del C. S. de la J.

VANESSA CASTILLO VELÁSQUEZ

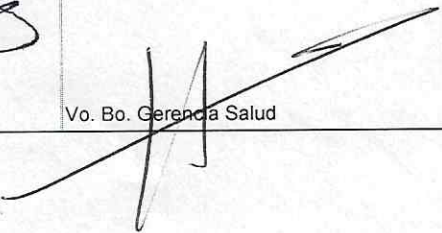
CARRERA 9 No 9-49 OFICINA 502. EDIFICIO RESIDENCIAS ARISTI. CALI

TELEFONOS: 880 13 54- 3116120613

notificaciones@vcastilloabogados.com



EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N°. 647-2ES170001
ENTIDAD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO				V - 0217	
REGIONAL			CONTRATO		MODALIDAD
REGIONAL VALLE - CAUCA			647-2ES170001		EVENTO
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE					
RAZON SOCIAL:	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD - EMSSANAR ESS		NIT:	814000337-1	
REP LEGAL:	CARLOS FAJARDO PABON		DOC REP LEGAL:	CC-12965810	
CIUDAD:	CALI		SITIO WEB:	www.emssanar.org.co	
DIRECCIÓN:	CL 5 # 19 -12 BBR LIBERTADORES		EMAIL:	gerenciarcv@emssanar.org.co	
TELEFONO:	5129200		FAX:	5577063	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA					
RAZON SOCIAL:	CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)	DOCUMENTO:	NI 900699086 8		
COD PRESTADOR:	765200939701				
REP LEGAL:	MAURICIO SARRIA CAMACHO	DOC REP LEGAL:	CC 16727432		
CIUDAD:	PALMIRA	SITIO WEB:	WWW.CLINICAPALMAREAL.COM.CO		
DIRECCIÓN:	KR 28 # 44 - 35	EMAIL:	gerencia@clinicapalmareal.com.co		
TELEFONO:	2879000	FAX:			
OBJETO DEL CONTRATO					
Por este contrato EL CONTRATISTA se compromete al PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD					
NIVEL(ES) DE ATENCIÓN DEL CONTRATO			POBLACIÓN A ATENDER		
MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			GENERAL		
VIGENCIA					
INICIO:	1 de abril de 2017	FIN:	28 de febrero de 2018	DURACIÓN	11 meses
CUANTIA DEL CONTRATO					
INDETERMINADO					
VR REAL:	INDETERMINADO		VR FISCAL:	4.560.000.000	
Este contrato se legaliza con las firmas de los representantes legales de las partes, en la ciudad de CALI el 1 de abril de 2017					
					
		Vo. Bo. Jefatura Jurídica		Vo. Bo. Gerencia Salud	



EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N°. 647-2ES170001
ENTIDAD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

Entre los suscritos a saber, de una parte el Sr. **CARLOS FAJARDO PABON**, mayor de edad identificado con **CC 12965810**, quien obra como **GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL** de **ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD - EMSSANAR ESS** con **NIT 814000337 - 1**, Personería Jurídica No. 3880 de diciembre de 1994 expedida por el DANCOOP, habilitada como Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado a través de la Resolución 0150 del 27 de febrero de 1996 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, legalmente autorizado para contratar; quien en este documento se denominará **EMSSANAR ESS**, y por otra parte el(la) Sr(a) **MAURICIO SARRIA CAMACHO**, mayor de edad, identificado(a) con **CC 16727432**, quien obra como **REPRESENTANTE LEGAL CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)** con **NI 900699086- 8** y en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**; de común acuerdo hemos convenido celebrar el presente contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD** contenido en las siguientes cláusulas y previa las siguientes consideraciones: 1-. Las partes, como actores del sistema general de seguridad social en salud, reconocen el postulado constitucional de que la atención en salud y el saneamiento básico son servicios públicos a cargo del Estado. 2-. Que el presente acuerdo de voluntades entre las partes es un instrumento para garantizar a los afiliados de EMSSANAR ESS los servicios de recuperación de la salud de acuerdo con los principios de Universalidad, Eficiencia, Solidaridad y demás principios rectores, presentes en el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, ley 1751 del 2015, las normas que los adicionen, modifiquen o complementen. 3-. Así mismo; reconocen que en virtud del principio constitucional de legalidad la nación, las entidades territoriales y los particulares tienen responsabilidades y competencias claramente establecidas en materia de prestación de servicios de salud y que es deber de las partes el propiciar y velar por el cumplimiento adecuado de los roles que se tienen dentro del sistema de seguridad social en salud con el fin de salvaguardar su estabilidad. 4-. En el desarrollo, interpretación y liquidación de este contrato, las partes establecen que se someterán a la **NORMATIVIDAD VIGENTE** establecida en la Constitución, Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares y demás reglamentaciones emanadas en el marco de la Seguridad social en Salud. 5-. Las partes acuerdan que las atenciones que se presten, en virtud de este contrato, se realizarán con plena observancia de los protocolos basados en evidencia y estrategias costo efectivos. 6-. Tanto EMSSANAR ESS como EL CONTRATISTA reconocen que mutuamente cumplen con los requisitos mínimos de negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades estipulados en la normatividad vigente; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan. **CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO** - EL CONTRATISTA se obliga a la **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD** del **MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD** de atención definidos, contenidos y no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud y en las rutas de atención integral en salud (RIAS) a los afiliados al SGSSS y que se encuentran activos en la base de datos de EMSSANAR ESS, que será entregada el diez (10) de cada mes. Esta población durante la vigencia pactada en la **CLÁUSULA CUARTA** del presente contrato, puede variar según reporte de la base de datos única de afiliados BDUA en el(los) siguiente(s) municipio(s) de cobertura. Se incluye además los datos sobre la ubicación geográfica y caracterización poblacional de la población objeto; la cual está disponible en la página: <http://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/gestion-riesgo-individual.aspx> EL CONTRATISTA llevará a cabo la ejecución de este contrato en el contexto de los lineamientos normativos de la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), los componentes del Modelo de Atención Integral (MIAS) que entre otros contienen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS); y lineamientos empresariales definidos en el **MODELO DE GESTION DE RIESGO EN SALUD DE EMSSANAR ESS** así como en el protocolo de referencia y contrarreferencia de la Organización anexos al contrato; de igual manera los requerimientos de portabilidad nacional del SGSSS, con toda su capacidad instalada, sus recursos humanos, físicos y hospitalarios que garanticen una atención integral e incluirá.

CODIGO	GRUPO	NOMBRE	COMPLEJIDAD	MODALIDAD	POBLACION
101	HOSPITALARIO	GENERAL ADULTOS	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
105	HOSPITALARIO	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
107	HOSPITALARIO	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
108	HOSPITALARIO	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	ALTA	INTRAMURAL AMBULATORIO	
110	HOSPITALARIO	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
112	HOSPITALARIO	OBSTETRICIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
120	HOSPITALARIO	CUIDADO BASICO NEONATAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
203	QUIRURGICO	CIRUGIA GENERAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	

206	QUIRURGICO	CIRUGIA NEUROLOGICA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
207	QUIRURGICO	CIRUGIA ORTOPEDICA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
215	QUIRURGICO	CIRUGIA UROLOGICA	ALTA	INTRAMURAL AMBULATORIO	
312	CONSULTA EXTERNA	ENFERMERIA	MEDIA		
328	CONSULTA EXTERNA	MEDICINA GENERAL	BAJA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
706	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	LABORATORIO CLINICO	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
710	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
713	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	TRANSFUSION SANGUINEA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
719	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ULTRASONIDO	MEDIA	INTRAMURAL AMBULATORIO	
732	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ECOCARDIOGRAFIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	

PARAGRAFO PRIMERO- La prestación del servicio contratado, se ejecutará teniendo en cuenta los lineamientos normativos de la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), los 10 componentes del Modelo de Atención Integral (MIAS) que entre otros contienen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS), Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS); y lineamientos empresariales definidos en el MODELO de GESTION DE RIESGO EN SALUD DE EMSSANAR ESS, anexos al contrato; de igual manera teniendo en cuenta aspectos de prestación de servicios de salud por zonas, por entornos y poblaciones especiales según norma vigente, y que EL CONTRATISTA asume conocer, EL CONTRATISTA se obliga a cumplir con criterios de calidad la ejecución de las acciones preventivas primarias, secundarias y terciarias, con el fin último de mejoramiento de los estados de salud de la población contratada. **PARAGRAFO SEGUNDO-** Si en el objeto contractual se incluyen servicios de salud correspondientes a la atención del binomio madre- hijo se tendrá en cuenta los lineamientos operativos de las RIAS de los servicios de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal, según los grupos etarios y las frecuencias de uso y los requerimientos empresariales de resultados en salud. **PARAGRAFO TERCERO-** Si en el objeto contractual se incluye atenciones de pacientes con patología de Cáncer, su diagnóstico deberá garantizar en la historia clínica el reporte de biopsia cuando aplique, considerando la fecha de toma y la fecha del resultado válido; fecha del diagnóstico y diagnóstico válido según codificación CIE10, fecha de la primera consulta con el médico tratante; así mismo la clasificación TNM correspondiente que permita evaluar el tratamiento prescrito. Además el inicio de tratamiento debe ser oportuno y el mismo será continuo en el tiempo, evitando así las complicaciones por demoras en el tratamiento respectivo. Es obligación del CONTRATISTA entregar los datos solicitados por la cuenta de alto costo para evaluar los indicadores de cumplimiento de esta patología. **PARAGRAFO CUARTO** Si en el objeto contractual se establece la atención de como programas de Cáncer, Hipertensión arterial, Diabetes, Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA, Artritis Reumatoide, Enfermedades Huérfanas, Hemofilia estos se harán de manera integral con las actividades y frecuencias descritas en cada programa y que se anexan al mismo para obtener los resultados en salud esperados. De igual manera el CONTRATISTA se obliga a entregar la información relacionada con numeral 9 de la Cláusula Segunda así como la entrega de los correspondientes registros clínicos que validen el reporte adelantado por el prestador para las patologías sujetas de auditoría por la Cuenta de Alto Costo y la información necesaria que la empresa requiera para evaluar los indicadores de cumplimiento de estas patologías. **PARAGRAFO QUINTO** - EL CONTRATISTA a través de sus profesionales prescribirá lo necesario ajustado a parámetros de calidad técnica y de suficiencia que señale el médico tratante; sin que exista la obligación por parte de EMSSANAR ESS a utilizar proveedores específicos. EL CONTRATISTA no podrá facturar los elementos suministrados por EMSSANAR ESS so pena de aplicación de glosa definitiva; aunque podrá entregarlos previa cotización y autorización de EMSSANAR ESS. **PARAGRAFO SEXTO** - EL CONTRATISTA deberá tener implementado y en funcionamiento el comité de infecciones para el análisis e intervención periódico de su Perfil Epidemiológico Infeccioso de la Institución y frente a este tener sus protocolos de Tratamiento contra Gérmenes según su sensibilidad y el perfil de resistencia, lo que ayudara a dar un

tratamiento más acertado (mientras sale los cultivos respectivos), disminuyendo complicaciones, mortalidad y estancias prolongadas. Para ello como referencia se puede tener en cuenta las recomendaciones del uso racional de antibióticos del Programa Stewardship. Cuando la IPS no cuente con estos elementos mínimos que garanticen la atención de las infecciones, se sancionará a la IPS con la glosa de total de la atención en el caso que se configure un evento adverso. **PARAGRAFO SEPTIMO** - La estancia contratada corresponde a habitación compartida; solo se asumirá la estancia en habitación individual cuando sea pertinente por razones médicas, es obligación del CONTRATISTA el uso eficiente de la estancia procurando el desescalamiento a niveles menores de complejidad o a terminar tratamiento en domicilio según Protocolo de alta tempranas pertinentes concertado entre las partes anexo a este contrato. Por ningún motivo se asumirán estancias sociales que corresponden a situaciones posteriores a la alta médica. Para estos casos se creará un comité entre las partes que trate estas situaciones y busque alternativas de solución. **PARAGRAFO OCTAVO** - Cuando EL CONTRATISTA preste los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los criterios de ingreso se basarán en los criterios publicados por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos actualizada. **PARAGRAFO NOVENO** - La IPS garantiza de manera estricta y oportuna el completo diligenciamiento del TRIAGE en Urgencias las 24 horas, basado en las Guías Técnicas de Atención de Urgencias del Ministerio de la Protección Social, por lo tanto para aquellos pacientes clasificados como NO URGENCIA, la IPS hará la remisión al servicio ambulatorio correspondiente; y salvo en casos excepcionales se facturará como consulta médica general. **PARAGRAFO DECIMO** Para los casos de urgencia, la observación será reconocida a partir de la prescripción médica y máximo hasta veinticuatro horas, **PARAGRAFO DECIMO PRIMERO** - En los casos que se suministren medicamentos regulados se deben garantizar la aplicación o entrega del medicamento original (comercial), lo que impacta en morbilidad de nuestros usuarios. El cual redundará en menores costos asociados en la atención de salud. **PARAGRAFO DECIMO SEGUNDO** Las instalaciones habilitadas por EL CONTRATISTA son el sitio de atención para la prestación de los servicios. **PARAGRAFO DECIMO TERCERO**- En virtud de lo establecido en la resolución 1441 del 2016, Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones; el prestador de servicios de salud, hará parte integral de la RIPSS conformada y habilitada por la EPS en su territorio. **PARAGRAFO DECIMO CUARTO** - En virtud de la normatividad vigente, las partes acuerdan que EL CONTRATISTA previa autorización de EMSSANAR ESS, prestará los servicios del objeto contractual a los afiliados que se encuentran fuera del área de cobertura de cada una de las EPS asociadas a GESTARSALUD; esto con el fin de garantizar la accesibilidad de los afiliados del al SGSSS en todo el territorio colombiano cumpliendo con el Decreto 1683 de 2013 referente a la Portabilidad. **PARAGRAFO DECIMO QUINTO** - EL CONTRATISTA asume la responsabilidad de la prestación de Servicios NO PBS, cuando sean prescritos por EL CONTRATISTA y derivar su cobro al ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL según la normatividad vigente. **PARAGRAFO DECIMO SEXTO** - Forman parte integrante de este contrato, todos los anexos que lo explican y complementan. **CLAUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA** - Por efectos de este contrato EL CONTRATISTA se obliga a: 1. A prestar los servicios definidos en la Cláusula "Primera" de este contrato; para ello se compromete a verificar los derechos de los afiliados a EMSSANAR ESS a través del documento de identidad del afiliado, en la base de datos de la organización disponible en línea en la página WEB de EMSSANAR ESS o en la base de datos entregada por Emssanar afectada por las novedades según BDUA; evitando así la suplantación y uso fraudulento de la afiliación. Cuando se encuentren errores en la base de datos confrontada con los documentos de identificación, EL CONTRATISTA hará conocer a EMSSANAR ESS esta novedad para la debida actualización, a través del formato Anexo 1 de la Resolución 3047 de 2008 diligenciado de manera completa en forma obligatoria y adicionando documento de identificación del usuario digitalizado. Para el caso del Régimen Subsidiado, la atención de los recién nacidos hasta el primer año de edad, se hará conforme a las normas vigentes (Acuerdo 415 del 2009 Artículo 23 del Capítulo IV y Circular 024 del 2012). Los menores que no posean documento de identidad se identificarán con el carné de afiliación de sus padres y con el registro de nacido vivo hasta los treinta (30) primeros días de edad y en adelante con carné expedido por EMSSANAR ESS. Los servicios contratados deberán prestarse utilizando los recursos y tecnología idónea de manera diligente, eficaz, segura, racional y oportuna; sin ningún tipo de discriminación y en estricta observancia de las normas éticas del ejercicio de los profesionales de salud y en respeto a los derechos de los pacientes. 2.- Asegurar la prestación de los servicios contratados, partiendo de procesos de planeación integrales del MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD de atención con la adecuada disposición y organización de los recursos financieros, técnicos, tecnológicos y del talento humano necesarios para el cumplimiento de las actividades contratadas y de acuerdo con lo establecido por la normatividad vigente; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan al tiempo de la prestación de los servicios de salud. 3.- Asignar los servicios de consulta externa especializada a los niños y niñas y de apoyo diagnóstico a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos; según artículo 12 de la ley 1171 del 2007. 4. De acuerdo con la legislación vigente, diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado; permitiendo a EMSSANAR el acceso a la misma, siendo éste uno de los instrumentos válidos para la revisión y la auditoría de las acciones, de acuerdo a lo señalado en la Resolución 1995 de 1999 y la confrontación con las RIAS propuestas dentro del marco de PAIS, MIAS y del modelo de gestión del riesgo en salud. 5. Formular y/o suministrar los medicamentos contemplados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud. Si EL CONTRATISTA considera indispensable y pertinente la prescripción de medicamentos ambulatorios o intra hospitalarios, procedimientos, insumos o tecnología NO contenidos en el PBS; seguirá las instrucciones y requisitos según la norma vigente en especial la resolución 3951 del 2016 o las que modifiquen sustituyan o complementen. 6.- Es obligación de EL CONTRATISTA garantizar la dotación permanente de Pruebas rápidas para Tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B; Con alta

sensibilidad y especificidad para procesamiento en ámbitos o entornos diferentes al de las instituciones de salud. Disponibilidad de Kit para atención de emergencia obstétrica, Kit de profilaxis intraparto para VIH para madre y Kit de exposición de VIH para recién nacido, kit para atención de víctimas de violencia 7.- Para aquellos usuarios que requieran de servicios de una complejidad mayor o menor a la que EL CONTRATISTA posee y que aquí se contrata, se debe cumplir estrictamente con el proceso y operación del Sistema de Referencia y de Contra referencia, utilizando la red de servicios que ofrezca EMSSANAR ESS, la cual se encuentra publicada en la página WEB de EMSSANAR ESS y que EL CONTRATISTA declara conocer, articulando sus remisiones a los nodos de referencia y permitiendo la contrarreferencia de estos; todo ello con base en el cumplimiento de las normas legales vigentes al respecto y adoptando de los formatos para referencia y contra referencia establecidos en el artículo noveno de la resolución 4331 del 2012 y la respectiva información vía telefónica a EMSSANAR ESS. 8.- Disponer e implementar el manual o protocolo de referencia y contra-referencia, en concordancia con el del Contratante, descrito en el anexo: Manual Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud. 9.- Acatar las obligaciones y responsabilidades definidas por la normatividad vigente respecto al Sistema de Información en Salud del SGSSS; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan, en especial las requeridas en las Resoluciones 4700 de 2008 – 2463 del 2014, 4725 de 2011 – 783 del 2012, 4505 de 2012, 1552 de 2013, 256 del 2016, 123 del 2015, 247 de 2014, 2048 de 2015, 1393 de 2015, 255 de 2007, Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB, circular 056 del 2009, y en la Circular Conjunta 030 de 2013. Para efectos del cumplimiento del artículo 3 de la resolución 2048 del 2015 el CONTRATISTA y el CONTRATANTE deberán implementar en sus Sistemas de Información la inclusión de los códigos de diagnóstico para enfermedades Huérfanas en RIPS. Cumplir con criterios de veracidad y oportunidad con el reporte de información de los resultados de los indicadores de gestión del riesgo y demás que establezca el Ministerio de la Protección Social, que son necesarias para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las actividades y metas, en el marco de la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que hacen parte integral del presente contrato; los cuales pueden ser de reporte a la EPS y/o de cargue a la plataforma del MPS (SISPRO). 10.- La información reportada por El Contratista será verificada mensualmente por El Contratante, para lo cual El Contratista debe facilitar la información y la fuente que requiera el funcionario asignado por El Contratante. EL CONTRATISTA facilitará a EMSSANAR ESS la implementación de mecanismos que permitan la conectividad directa con el CONTRATISTA, de manera que se reduzcan los trámites administrativos; que de acuerdo al Decreto 4747 de 2007 y al Decreto Ley 019 de 2012 así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan, están bajo la responsabilidad de los involucrados y no del usuario. 11.- EL CONTRATISTA se obliga a reportar a EMSSANAR, los indicadores de calidad sobre los tiempos de autorización y/o realización de algunos procedimientos; reglamentados por la Superintendencia Nacional de Salud con base en los Artículos 125 y 131 del Decreto 019 de 2012. 12.- Respecto al registro de procedimientos se utilizará únicamente la codificación CUPS y respecto al registro de medicamentos se utilizará la codificación PBS o el código CUM definido por la Resolución 255 de 2007; para el caso de paquetes integrales, procedimientos con tarifas diferenciales (casos excepcionales) que implican la creación de códigos propios, procedimientos o elementos sin codificación normativa vigente; se deberá reportar la codificación asignada por EMSSANAR ESS ó la codificación interna asignada por EL CONTRATISTA (no utilizar codificaciones derogadas como SOAT o ISS). 13.- LA IPS deberá estar identificada como UPGD ante el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA de acuerdo al decreto 3518 de 2006. En las enfermedades de interés en Salud Pública y los eventos centinela deberán ser reportados de acuerdo a los tiempos establecidos por INS al sistema de vigilancia SIVIGILA. Los eventos de notificación inmediata deberán ser informados al mismo tiempo a EMSSANAR ESS en la estructura de archivo plano emitida por SIVIGILA o adjuntando la ficha epidemiológica. La IPS debe garantizar los mecanismos orientados a la confirmación del diagnóstico en los casos de mortalidad sospechosa o asociada a un evento de interés en salud pública, a través de sus servicios o de la red que defina EMSSANAR EPS. Facilitar la información sobre notificación, clasificación, intervención y estudio de caso en los eventos de vigilancia epidemiológica al funcionario del Contratante. 14.- El CONTRATISTA entregará al CONTRATANTE el plano estructural de la resolución 4505 de 2012 y RIPS según Resolución 3374 del 2000 ajustado al Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud. La Información del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, será diligenciada en el software SIPAI, establecido por el MPS. En el caso de la información contable es obligatorio enviar a EMSSANAR ESS los estados de cartera cuando este lo solicite y expedir el correspondiente paz y salvo cuando las obligaciones sean satisfechas o concertadas mediante acta de saneamiento de deudas, liquidación del contrato o cualquier medio que ponga fin a las diferencias derivadas de la ejecución del contrato. 15.- Cumplir con las frecuencias de uso por grupo etario de las actividades y procedimientos concertados con El Contratante, en concordancia con los lineamientos establecidos en la resolución 3202 del 2016 y resolución 4505 de 2012 del Ministerio de salud y Protección Social, y los indicadores de impacto y seguimiento, que se verificarán con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) según el art. 11 de la Ley 1438/2011, los reportes de la resolución 4505 de 2012 y demás normas que lo adicionen o modifiquen. 16.- Prestar los servicios contratados de manera integral al afiliado derivando sus costos a las entidades responsables del pago de servicios de salud competentes de acuerdo con la Constitución Política, la ley y las normas legales reglamentarias. Los costos de atención de actividades contenidas en el PBS serán asumidos por EMSSANAR ESS y las NO contenidas en dicho plan, serán derivadas por EL CONTRATISTA a las entidades responsables del pago (Ente Territorial, SOAT, ECAT, etc.). 17.- Con base en las normas jurídicas vigentes, EL CONTRATISTA deberá implementar el Sistema de Garantía de Calidad de acuerdo a lo contratado; cumpliendo para ello, Con la Habilitación de sus servicios, con el PAMEC, con el proceso de referencia y contrarreferencia y programa de seguridad del paciente. Deberá definir y aplicar un sistema de información que permita el seguimiento,

evaluación y control de las actividades, procedimientos e intervenciones ejecutadas para la prestación de los servicios de salud contratados, así como medir y analizar oportunamente los indicadores pactados. 18-. Coordinar acciones de manera mancomunada con EMSSANAR ESS, para que el modelo de gestión del riesgo en salud propuesto, en el contexto de la implementación de las RIAS, obtengan los resultados esperados en el cumplimiento de los objetivos y metas; de acuerdo a la capacidad resolutoria y lo contratado en la Cláusula "Primera". 19-. Cobrar copagos y/o cuotas moderadoras en los casos establecidas en la ley tanto para el régimen subsidiado como Contributivo. Será obligación especial con relación a los copagos por parte de EL CONTRATISTA, llevar un registro de cobro de copagos en los tiempos definidos por las normas legales con el fin de soportar los procesos de auditoría a que haya lugar. Cuando el usuario no tenga capacidad de pago para cancelar el copago, éste será asumido por EMSSANAR ESS en los días y horas hábiles, en los días y horas no hábiles bastara con la autorización por parte de la oficina de atención al usuario del CONTRATISTA. 20-. Recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin dilaciones injustificadas las quejas o sugerencias de los usuarios que recaigan sobre la prestación de los servicios objeto de este contrato para lo cual deberá efectuar un registro consolidado de las quejas o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución o mejoramiento, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por EMSSANAR ESS, cuando a ello hubiere lugar. 21-. Permitir a EMSSANAR ESS practicar las auditorías médicas, la auditorías de calidad y las auditorías de cuenta, así como los seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos; pudiendo consultar los documentos necesarios para tal fin, incluyendo las historias clínicas, garantizando el manejo discrecional y reservado de la información. 22-. Asistir a la convocatoria hecha por EMSSANAR ESS para acordar el plan de mejoramiento como resultado de la evaluación de las actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo con la normatividad vigente en el Sistema de Fortalecimiento y Control de la Gestión. La evaluación y los compromisos quedarán consignados en el plan de mejoramiento, establecido entre las partes para optimizar la prestación del servicio; y en caso de incumplimiento se informará a las entidades de control para que tomen los correctivos e impongan si es el caso las sanciones pertinentes. 23-. Reportar de manera inmediata a EMSSANAR ESS, so pena de terminación unilateral del contrato, la toma de medidas de seguridad sobre las sanciones impuestas por las autoridades de salud y las de vigilancia y control. El Contratante verificará mensualmente en la página del Ministerio de Salud (<http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>) la vigencia de los servicios incluidos en el presente contrato, en caso de no encontrar algún servicio en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud este será inhabilitado del contrato sin previo aviso y el valor a pagar mes a mes será ajustado de acuerdo a lo efectivamente habilitado. 24-. Capacitar y socializar a los médicos adscritos o vinculados al CONTRATISTA, en los contenidos del Modelo de Gestión de Riesgo, Política de Atención Integral en Salud y Plan Obligatorio de Salud, manejo de los formatos de la Resolución 3047 y 4331 de 2012, para la prescripción de procedimientos debidamente codificados y justificados. A todo el personal vinculado con el CONTRATISTA, en la prestación de servicios le será socializado el presente contrato). Realizar de manera integral la ejecución de los programas de salud dirigidos a impactar positivamente las metas de salud pública (RIAS, PAI, IAMI integral con AIEPI y Atención al Menor de 10 Años, etc.) direccionando los costos a las entidades responsables del pago correspondientes según cobertura. 25-. Realizar según requerimientos de RIA la oportuna y pertinente referencia de pacientes con riesgos obstétricos y perinatales; pacientes con HTA y diabetes; pacientes para colposcopia, biopsia y mamografías anormales. Suministrar copia de la notificación al ente territorial y la información de seguimiento a la vigilancia epidemiológica sobre muertes maternas y perinatales de afiliados de su jurisdicción. 26-. Notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual según art. 21 de la ley 1438/2011. LA IPS debe identificar la población vulnerable con enfoque diferencial en historia clínica y garantizar la atención de acuerdo a la ruta establecida y la normatividad actual vigente. 27-. Comunicar dentro de un término prudencial, la ocurrencia de eventos adversos en el desarrollo de prácticas médicas asistenciales y administrativas, acaecidas en la Institución del CONTRATISTA, que afecten a usuarios de EMSSANAR ESS y realizar la gestión oportuna de mejora en el contexto del programa de seguridad del paciente, Una vez comunicado el evento se reunirán los equipos de auditoría de calidad para analizar el caso y tomar las decisiones al respecto. 28-. Suministrar, por escrito la dirección de correo electrónico destinada para recibir y revisar periódicamente el contenido de los mensajes enviados por parte del CONTRATANTE referidos a las glosas que se presenten en el ejercicio de la auditoría médica o información adicional (circulares, reportes etc.). 29.- Las tarifas pactadas en la "Cláusula Quinta Tarifas", deberán ser reportadas a nivel de detalle de cada factura y no en la sección de descuentos de cada factura o en la cuenta de cobro general; adicionalmente deberá tenerse en cuenta la normatividad vigente referente a sistemas de información (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS), ya que algunas estructuras no manejan cantidades, lo cual implica la discriminación de ítems individuales y en otros casos los ítems deben reportarse en archivos específicos. 30.- Para las atenciones ambulatorias de los afiliados al Régimen Contributivo, EL CONTRATISTA se obliga a recaudar el pago de cuotas moderadoras según la normatividad vigente, conforme al Decreto de Movilidad 3047 de 2013. Los recursos recaudados por cuotas moderadoras pertenecen a EL CONTRATANTE y se descuentan en el momento del pago sobre la facturación total entregada por EL CONTRATISTA (Los valores relacionados con el concepto en mención, NO se deben reflejar en RIPS y tampoco en la cuenta de cobro). Por lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga a presentar un informe mensual por usuario, sobre el monto recaudado por cuotas moderadoras, en el momento de la radicación de las facturas. 31.- Para las atenciones de afiliados al Régimen Contributivo, EL CONTRATISTA se obliga a expedir a través de sus profesionales médicos, certificaciones de incapacidad por enfermedad general, accidente de trabajo y enfermedad profesional, cumpliendo con los postulados legales y de ética profesional. 32.- Para los documentos de recibido por el usuario o familiar estos deberán venir

con nombre claro de quien lo recibe (No con Firma), número de identificación legible el cual deberá ser corroborado por el funcionario de la IPS y con huella digital. Para evitar suplantación o reclamación de medicamento o elementos médicos de pacientes fallecidos. **CLAUSULA TERCERA: OBLIGACIONES DE EMSSANAR ESS** - En virtud del acuerdo contenido en el presente contrato, EMSSANAR ESS se compromete para con EL CONTRATISTA a: 1-. Entregar a EL CONTRATISTA y a los usuarios por los medios descritos en las normas, la Red de Prestadores de Servicios de Salud contratada por EMSSANAR ESS; adicionalmente inscribir a EL CONTRATISTA como parte integrante de la misma y mantenerla actualizada con el fin de que pueda operar de manera diligente el sistema de referencia y contrarreferencia. 2-. Suministrar a EL CONTRATISTA y mantener actualizada en línea a través de la página WEB de EMSSANAR ESS, la base de datos que contenga el listado de personas afiliadas por EMSSANAR ESS y su afiliación a cada Régimen. 3-. Pagar a EL CONTRATISTA las sumas adeudadas por la prestación de servicios en el plazo y forma acordados en la Cláusula Séptima - "Forma de Pago" establecida en éste contrato. 4-. Efectuar la inspección vigilancia y control sobre la prestación de los servicios de salud y sobre la ejecución de este contrato, sin perjuicio de las funciones que en dicha materia puedan ejercer las autoridades competentes del ramo. 5-. Autorizar dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente, los servicios contenidos en el PBS del **MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD** de complejidad; constituyéndose como excepción, la atención inicial de urgencias y aquellos casos en que por acuerdo de voluntades se haya suprimido el requisito de la autorización. 6-. Entregar A EL CONTRATISTA: El modelo de atención en salud definido por la organización y el perfil demográfico de la población a atender; así como también el perfil epidemiológico de la población afiliada en el territorio, teniendo en cuenta las (10) diez primeras causas de consulta externa, urgencias y hospitalización; lo cuales se encuentran publicados en la página WEB de EMSSANAR ESS. 7-. Verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación y de suficiencia (capacidad instalada) del Contratista, que responda a los requerimientos normativos en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. 8. Realizar seguimiento al cumplimiento de los estándares de calidad definidos en la minuta contractual y que se encuentran ligados a incentivos, retenciones y/o descuentos según su nivel de cumplimiento; sean estos de reporte a la EPS y/o que se carguen a la Plataforma del MPS (SISPRO). 8-. Verificar la documentación e implementación de los protocolos y/o guías de manejo que haya adoptado, adaptado o aprobado El Contratista; en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. 9-. Suscribir conjuntamente con el Contratista planes de mejoramiento y verificar el cumplimiento de las metas concertadas. 10-. Realizar la verificación de la veracidad de la información reportada por El Contratista en el marco de las obligaciones definidas en el objeto contractual. 11-. Reportar a Super Salud los prestadores que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios). **CLAUSULA CUARTA: DURACION** - El presente contrato tiene una duración de **11 Meses**, comprendidos entre el **1 de abril de 2017** y el **28 de febrero de 2018**. **CLAUSULA QUINTA: TARIFAS** - EMSSANAR ESS reconocerá a EL CONTRATISTA de acuerdo a la modalidad de **EVENTO**, los valores correspondientes a las tarifas pactadas según anexo tarifario. **PARAGRAFO PRIMERO** - El precio de los medicamentos e insumos regulados por el gobierno nacional a través de la normatividad vigente no podrá facturarse por encima de los valores allí establecidos. **PARAGRAFO SEGUNDO**. EL CONTRATISTA podrá facturar los valores concertados según anexo contractual. Las tarifas pueden ser evaluadas y/o ajustadas durante la vigencia contractual de ser necesario, previo acuerdo entre las partes. **PARAGRAFO TERCERO**. Si dentro de la vigencia contractual se solicitan servicios, o tecnologías, o insumos, reactivos no pactados en el listado anexo inicial, estos se cotizaran previamente a la prestación del servicio y una vez concertado se actualizara el anexo respectivo. **PARAGRAFO CUARTO** - Las tarifas acordadas por paquetes integrales de atención, incluye su valor y las actividades que contiene dicho paquete, las que se encuentran descritas en el anexo técnico de paquetes, concertado entre las partes. **CLAUSULA SEXTA: VALOR** - El valor del presente contrato es indeterminado, pero determinable, pues el mismo será el resultado de sumar la facturación de procedimientos contratados en la Cláusula Primera - "Objeto" de este documento. **PARAGRAFO PRIMERO** - Para efectos fiscales, las partes acuerdan establecer como valor del contrato la suma de **CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA MILLONES M/C (\$ 4.560.000.000)**. Este valor no determina la firma de OTRO-SI cuando sea superado; ya que se trata de un valor fiscal para establecer un monto aproximado del contrato. **PARAGRAFO SEGUNDO** - Considerando los montos asignados por servicios con relación a los ingresos recibidos por concepto de UPC, se fija como monto de radicación (techo presupuestal mensual) la suma de **CUATROCIENTOS CATORCE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO M/C (\$ 414.545.455)**. **CLAUSULA SEPTIMA: FORMA DE PAGO** - EMSSANAR ESS pagará a EL CONTRATISTA previa legalización de este contrato, presentación y tramitación de las respectivas cuentas de cobro; las cuales deberán cumplir los requisitos legales, administrativos y fiscales vigentes. Se debe tener en cuenta que el pago se efectuará según las normas legales vigentes. **PARAGRAFO PRIMERO** - EL CONTRATISTA deberá tener en cuenta que el periodo de **EVENTO** comprenderá del primero (1) al treinta (30) de cada mes durante el plazo de vigencia y prórrogas del respectivo contrato; y para la presentación de las cuentas de cobro deberá adjuntar: 1. Factura consolidada de la prestación de los servicios que cumplan lo previsto en la normatividad vigente, así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan. 2. Facturas individuales de venta consolidadas y desagregadas por centro de costos (urgencias, servicios ambulatorios, hospitalización y alto costo). 3. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de las actividades de Promoción, mantenimiento de la salud, materno perinatal, Recuperación, Medicamentos ambulatorios y hospitalarios realizadas en el respectivo periodo por cada contrato firmado; dicho registro debe garantizar los siguientes atributos: pertinencia en estructura, veracidad de los datos, concordancia con la cuenta de cobro, correspondencia con la definición, estructura, valores, referencia cruzada entre variables y características según lo reglamentado en la normatividad vigente en lo referente a los sistemas de información, así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o



EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N°. 647-2ES170001
ENTIDAD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

sustituyan. 4. Con relación a los RIPS es importante tener en cuenta lo reglamentado en la Ley 1438 del 2011 Artículo 116 Sanciones por la no provisión de información. "Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de los prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación"; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan. 5. Registro por persona (archivo plano) de las acciones de las RIAS de Promoción, mantenimiento de la salud y Materno perinatal y atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en el mes, según el anexo técnico de la Resolución 4505 de diciembre de 2012. 6. El proceso de vacunación será diligenciado en el software SIPAI. 9. Los indicadores de los hitos reportados al SISPRO del MPS. 7. Anexos por cada factura determinados por la Resolución 3047 de 2008; así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan. En los casos de la eliminación de autorizaciones por acuerdo de voluntades, EL CONTRATISTA, se obliga a soportar el servicio de salud, presentando además de lo normativo: la evolución, epicrisis, nota quirúrgica, etc.; según corresponda. 8.- Si existen facturas con Auditoría Previa Convenida, entonces se deberá anexar el "Formato de Auditoría Previa" con la respectiva firma y sello del Auditor Responsable. La auditoría previa realizada en las instituciones se hará sobre el registro clínico y los soportes que el auditor estime conveniente para dar el visto bueno a la facturación; situación que no limita la realización de glosa administrativa por base de datos (usuarios retirados o inactivos) al igual que la glosa por tarifa de actividades, procedimientos, medicamentos e insumos contractualmente pactados, efectuada en la sede administrativa de Emssanar de la ciudad de Pasto o Cali, por cuanto el profesional no cuenta con el sistema de información portátil, que permita validar estos datos al momento de la prestación de los servicios. **PARAGRAFO SEGUNDO** Cuando se trate de procedimiento, intervenciones y/o medicamentos NO PBS. Que normativamente permita a EMSSANAR ESS realizar el recobro o la presentación de la cuenta al ENTE TERRITORIAL. 1.- la factura debe identificar al ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL como responsable del pago, valor y cantidad del procedimiento o medicamento suministrado y la identificación del afiliado al cual se suministró el servicio. Cuando la factura o cuenta de cobro, incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: los servicios, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado. 2.- Los Eventos NO PBS, se pueden facturar de 2 maneras si son por CTC van por Ente Territorial y se gestiona Solicitud de Pago, según procedimiento establecido por cada departamento, pero si son por Tutela van a cargo de la EAPB y se gestiona Recobro. De acuerdo a la normatividad vigente y a los modelos escogidos por los entes territoriales 3.- Realizar por separado la Facturación PBS de la Facturación NO PBS. En donde por ningún motivo se aceptara que los insumos y medicamentos de Tecnologías NO PBS (como Procedimientos) vayan facturados en la Factura PBS, estos serán objeto de glosa no conciliable, puesto que por venir así no pueden ser objeto de recobro. 4.-Se recomienda agregar que en los casos de paquetes PBS contratados y que por algún motivo se hayan utilizado Tecnologías NO PBS, se adjunte el detallado valorizado de las Tecnologías NO PBS utilizadas, para que la EAPB pueda acceder al recobro de los mismos. 5.- Si por demoras en los procesos de conciliación a causa de dilatación del CONTRATISTA se afecta el proceso de recobro de prestaciones NO PBS, estas serán asumidas por la IPS descontando su valor de la facturación posterior. **PARAGRAFO TERCERO** - La recepción y radicación de la cuenta de cobro, estará condicionada al cumplimiento de los aspectos relacionados a continuación: 1. EMSSANAR ESS recibirá las cuentas de cobro generadas por EL CONTRATISTA desde el primero (01) hasta el diez (10) del mes inmediatamente siguiente al periodo de **EVENTO**. Las facturas presentadas deben corresponder a las atenciones generadas en el mes anterior; y en caso de encontrar facturas de servicios prestados durante el mes en curso, se podrá proceder a devolución de la factura correspondiente o a la glosa. Dichos documentos serán recibidos en las instalaciones de EMSSANAR ESS de la(s) ciudad(es) definida(s) según la Cláusula Décima Quinta - "Domicilio Contractual"; en los días y horas hábiles, teniendo en cuenta la jornada habitual de trabajo de las oficinas administrativas. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma; si EL CONTRATISTA presenta las cuentas de cobro fuera del plazo establecido, éstas se tramitarán en el periodo inmediatamente siguiente. 2. Teniendo en cuenta la normatividad vigente, así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan; si la factura de medicamentos, intervenciones o procedimientos NO PBS, POR TUTELA, es enviada en un término superior a tres (3) meses y como consecuencia de ello, no es posible hacer el Recobro; el costo será asumido por EL CONTRATISTA. 3. DEVOLUCION DE CUENTAS: Será causal de devolución de las cuentas los siguientes casos: **A.** cuando en virtud de las actividades realizadas del presente contrato no se reporten códigos normativos vigentes (CUPS – códigos medicamentos PBS - códigos CUM) o códigos acordados contractualmente (paquetes - casos excepcionales de procedimientos con tarifas diferenciales -procedimientos y elementos sin codificación normativa vigente). **B.** Cuando no se reporten los números de autorización (si hubiere), en los respectivos Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), o no corresponda al servicio o prestador autorizado. En caso de vencimiento de la autorización esta será tramitada como glosa no conciliable. **C.** Facturación de servicios prestados en vigencias anteriores de contratos liquidados o con fecha de prestación mayor a 3 años al momento de la radicación en cumplimiento a las normas de caducidad y prescripción de los derechos de cobro. **D.** Facturación de servicios prestados durante el mes en curso. **E.** Ausencia de diagnósticos en los servicios de prestación registrados en RIPS y errores de consistencia y calidad de los mismos. **F.** Inclusión de facturas con servicios NO PBSUPC en la cuenta de cobro por servicios incluidos en el PBSUPC o facturación de servicios prestados a afiliados del régimen contributivo de EMSSANAR ESS en cuentas correspondiente al régimen subsidiado y viceversa, en el entendido que cada régimen cuenta con su propio contrato. **G.** Usuario o servicio corresponde a otro plan de beneficios o responsable de pago. **H.** Facturación NO PBSUPC para recobro (si aplicara a luz de la normatividad vigente) que no cuente con los soportes legales discriminados en la lista de chequeo

adjunta a este documento. I. Facturación previamente presentada por el prestador. J. Facturas y/o cuentas de cobro que no cumplan los requisitos normativos y contractuales. **PARAGRAFO:** En caso de devolución el prestador deberá hacer las correcciones dentro del tiempo de radicación estipulado en el presente contrato, en caso de exceder dicho tiempo las cuentas serán radicadas el primer día hábil del siguiente periodo de radicación. Por otra parte, no se permiten las modificaciones posteriores a la radicación de los RIPS; de esta manera las novedades se deberán incluir en el periodo inmediatamente siguiente. 4. Presentación de máximo tres (3) cuentas de cobro (agrupación de facturas) por cada mes de prestación de servicios y por cada contrato, en la cual se debe incluir de manera completa y correcta la razón social de EL CONTRATISTA; además de documentación anexa legible. 5. Con base en el Artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, EL CONTRATISTA se obliga a presentar la factura con los datos y en la estructura que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, y la DIAN; o los lineamientos técnicos y los estándares que sobre el particular expidan las dependencias técnicas del Ministerio (Viceministerio Técnico, Viceministerio de Salud o la Dirección General de Planeación y Análisis de Política). Según lo estipulado en la Circular Conjunta 030 de 2013, el número de una factura está conformado por dos partes: un prefijo (máximo seis(6) caracteres alfanuméricos opcionales) y la numeración como tal (caracteres numéricos obligatorios); por lo anterior y para garantizar el cruce de información reportada en dicha circular por parte de EMSSANAR ESS y EL CONTRATISTA que utiliza prefijos en la numeración de facturas; es necesario que en el campo "Numero de Factura" de todos los RIPS, se incluya un GUION que permita identificar claramente Prefijo (caracteres a la izquierda del guión) y Numero (caracteres a la derecha del guión). Facturas sin enmendaduras ni tachaduras. 6. Validación satisfactoria de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), en el aplicativo suministrado por el Ministerio de la Protección Social; para lo cual deberá anexar el pantallazo impreso de RIPS aprobados. 7. Validación satisfactoria de consistencia, valores y referencia cruzada entre variables de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el aplicativo interno manejado por EMSSANAR ESS. El Contratista está obligado a corregir en el mismo mes los errores de validación de los RIPS que El Contratante le reporte. 8. Todos los ajustes contables a las facturas se deben reflejar a nivel de RIPS; las notas crédito (ajuste por mayores valores debido a error de facturación o auditoría previa) deben registrarse en el campo "Descuento" del RIPS AF (Se entiende que no es un descuento real pero en la estructura actual de RIPS no existe otro campo que permita su manejo sin causar mayores inconvenientes); las notas débito (ajuste por menores valores debido a error de facturación o auditoría previa) implican re facturación; es decir la entidad debe anular la factura y generar una nueva por el monto correcto ó debe generar una factura adicional por el valor faltante. 9. Consistencia de la información registrada para cada persona en la ejecución de las actividades de de las acciones de la RIA de promoción, mantenimiento de la salud y la materno perinatal y atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento; según el anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012. 10. La baja calidad de información reportada por parte de EL CONTRATISTA de manera repetitiva, será objeto de ejecución de planes de mejoramiento. **PARAGRAFO CUARTO-** Una vez radicada la cuenta, EMSSANAR ESS procederá al pago teniendo en cuenta la normatividad vigente y el Parágrafo "Cuarto" de esta misma Cláusula. El resultado del proceso de Auditoría y el detalle de la glosa, será notificado a EL CONTRATISTA, en el formato establecido por EL CONTRATANTE; por su parte EL CONTRATISTA, deberá responder la aceptación parcial o total de las glosas; ya sea en el formato establecido por EMSSANAR o en un formato alterno propio de EL CONTRATISTA (Excel o Access), que como mínimo incluya los siguientes campos: Numero Radicado, Numero Cuenta Cobro, Numero Factura, Fecha Expedición Factura, Valor Total Factura, Tipo Documento Usuario, Numero Documento Usuario, Código Procedimiento, Descripción Procedimiento, Fecha Procedimiento, Valor Procedimiento, Código Glosa, Valor Glosado, Valor Glosa A Favor Ips (Valor No Aceptado por la IPS), Valor Glosa a Favor Eps (Valor Aceptado por la IPS) y Observaciones. En caso de NO ACEPTACIÓN de la glosa, EL CONTRATISTA informará de tal decisión a EMSSANAR ESS e inmediatamente, se procederá a reunir a los equipos auditores de las partes al comité compuesto por los responsables de Auditoría Médica de las partes; los equipos éste grupo de personas tomará una decisión conciliatoria definitiva que será consignada en un acta proforma de conciliación de glosa, anexa a este contrato. Las decisiones que adopte el comité de Auditoría Médica serán de obligatorio cumplimiento para las partes. En aquellos eventos en que existan glosas definitivas no conciliadas entre el contratante y el contratista, las partes acudirán a los mecanismos de conciliación legales previstos para la definición de las controversias ante la Superintendencia Nacional de Salud. **PARAGRAFO QUINTO.-** Si al momento de la auditoría de cuentas médicas, se detecta que un usuario se encuentra dentro del sistema de información empresarial con novedad de retiro por ingreso a otra EPS y cuya fecha de afiliación fue anterior a la fecha de prestación del servicio autorizado por Emssanar, este será glosado sin derecho a objeción. Emssanar por su parte, para el caso de glosas por afiliación al régimen contributivo demostrara mediante consulta de periodos compensados en la página web del Fosyga y para el caso de glosas del régimen subsidiado soportara mediante consulta del estado actual de afiliación en la página del Fosyga señalando la fecha de afiliación. Lo anterior se fundamenta en el numeral 32.2 del artículo 32 de la ley 1438 de 2011 y el decreto 971 del 2011; por lo tanto será la IPS quien debe direccionar la factura de cobro a la EAPB donde se encuentre afiliado el usuario. **PARAGRAFO SEXTO -** Las partes acuerdan como periodo de pago convenido 90 días calendario, contados a partir de la radicación de la cuenta de cobro. **PARAGRAFO SEPTIMO -** De acuerdo a la normatividad vigente, así como las demás que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan; el NO-CUMPLIMIENTO de los requerimientos legales y normativos aquí señalados; será causal de terminación del contrato o motivo de la NO Renovación del mismo. **CLAUSULA OCTAVA: RESPONSABILIDAD LEGAL DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS- e INDEMNIDAD -** EL CONTRATISTA asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados a EMSSANAR ESS, la responsabilidad plena en materia patrimonial, extracontractual, penal y civil por la prestación del servicio de salud. Para efectos del presente contrato, EL CONTRATISTA desarrollara la prestación de los servicios de salud y la relación Médico-paciente-IPS, con plena autonomía técnico científica y administrativa; de esta

manera cualquier responsabilidad surgida en dicha relación será competencia de EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO PRIMERO** - EMSSANAR ESS no responderá por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA. Si por perjuicios causados a un afiliado remitido y/o atendido por EL CONTRATISTA, si EMSSANAR ESS fuese condenada judicialmente a responder o demandada en proceso judicial o extrajudicial, por responsabilidad medica derivada si y solo si del acto médico asistencial EL CONTRATISTA se obliga a asumir directamente la condena y responsabilidad por este concepto en materia patrimonial, civil y administrativa. Siempre y cuando se determine a EL CONTRATISTA la responsabilidad mediante sentencia judicial ejecutoriada. **PARAGRAFO SEGUNDO** - El CONTRATISTA se obliga a través del presente contrato a constituir y/o asumir el costo de suscripción póliza de "Responsabilidad Civil Medica por un valor asegurado no inferior a (800) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLV) por evento o siniestro, con una vigencia igual a la duración del contrato y dos (2) años más, a través una compañía de seguros legalmente establecida en el país, que garantice el pago de los perjuicios ocasionados por causas imputables al CONTRATISTA o su personal, que ampare tanto a EL, como A EMSSANAR ESS, cuando esta sea condenada al pago de indemnización alguna por dicha causa. En el evento que EMSSANAR ESS sea demandada judicialmente, ante la jurisdicción ordinaria o administrativa, se llamara en garantía a la aseguradora contratada por EL CONTRATISTA, para que responda por el valor asegurado, en caso que sea condenada. **PARAGRAFO TERCERO** - como quiera que exista una condena por Responsabilidad Civil mediante sentencia judicial ejecutoriada derivada del acto médico, con ocasión a los servicios contratados, no fuese posible el amparo de la póliza referida en el parágrafo anterior, EL CONTRATISTA faculta a EMSSANAR ESS mediante el presente documento para ser cruces de cuentas con las facturas pendientes de pago presentadas, por el concepto de prestación de servicios, a efecto de compensar el pago a que ha sido condenada a EMSSANAR ESS. **PARAGRAFO CUARTO** - Si como consecuencia de una atención donde se evidencie la existencia de un EVENTO que por negligencia médica, fallas administrativas de EL CONTRATISTA, debidamente probada; los gastos que genere la atención por dicho evento serán asumidos por EL CONTRATISTA previa revisión entre las partes. En este sentido los gastos que se generan en las instalaciones del CONTRATISTA, estos no serán reconocidos por el CONTRATANTE y si son facturados serán objeto de glosa inconciliable; si los mismos por el contrario son prestados en otra institución, serán objeto de cobro de EL CONTRATANTE AL CONTRATISTA Y este último autorizara el cruce de cuentas en el periodo siguiente de pago al acta de conciliación. **PARAGRAFO QUINTO** EMSSANAR ESS no reconocerá el pago de terceras intervenciones relacionadas con una primera, ya sean derivadas de eventos adversos o complicaciones quirúrgicas según lo establecido en la normatividad vigente, resolución. **CLAUSULA NOVENA- PROHIBICION DE CESION** - La normatividad vigente sobre la habilitación de EPS así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan, establece que no se permite la subcontratación de servicios; por lo tanto para el cumplimiento del objeto contractual, las partes no podrán ceder los derechos y obligaciones que adquieren por éste documento, a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo y escrito de la contraparte. **PARAGRAFO TRANSITORIO:** El CONTRATISTA, teniendo en cuenta el proceso de escisión en que se encuentra EMSSANAR ESS, acorde con los decretos 1702 de 2014 y 2353 de 2015, así como también de la Circular 008 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, faculta a ésta para que, una vez dicho ente de control lo autorice, pueda ceder su posición derivada de este contrato a favor de EMSSANAR S.A.S., o de la sociedad comercial que se constituya para el efecto. Así, la entidad cesionaria asumirá la posición contractual de EMSSANAR ESS, obligándose a cumplir, todas y cada, una de las obligaciones contractuales y ejerciendo, todos y cada uno, de los derechos pactados en este contrato previa entrega de los documentos de la nueva sociedad y verificación en las listas de control de lavados de activos y financiación del terrorismo. **CLAUSULA DECIMA: RELACION LABORAL** - EMSSANAR ESS no adquiere ningún tipo de relación laboral con EL CONTRATISTA ni con el personal que éste contrate para la ejecución de lo establecido en éste documento; por lo cual EL CONTRATISTA se compromete a pagar todos los derechos laborales relacionados con el personal que éste vincule para el desarrollo del mismo. En éste aspecto no existirá ningún tipo de solidaridad entre las partes. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CONTROVERSIAS CONTRACTUALES** - Las partes de este contrato acuerdan someter la solución de los eventuales conflictos o controversias que se susciten dentro de la ejecución del mismo, a un proceso de conciliación; en primera instancia un arreglo directo entre las partes en un término de 30 días, si no se llega a un acuerdo, se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con los requisitos y trámites exigidos por esa entidad. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: SUSPENSION TEMPORAL** - Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, las partes de común acuerdo podrán suspender la ejecución del contrato mediante la suscripción de un acta en la cual conste tal evento; el tiempo de suspensión no se tendrá en cuenta para los efectos del término de duración del contrato. **PARAGRAFO PRIMERO** - EMSSANAR ESS podrá efectuar la suspensión unilateral del contrato por justa causa, en caso de presentarse incumplimiento en la entrega de medicamentos e insumos o el cobro indebido de copagos. **PARAGRAFO SEGUNDO** - EL CONTRATISTA podrá suspender el servicio, previa notificación escrita a EMSSANAR ESS con ocho (8) días de antelación; si se presentara el incumplimiento en el pago de las facturas dentro de los 90 días calendario; siempre y cuando EMSSANAR ESS haya recibido los recursos respectivos. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO** - Serán causales de terminación del contrato: 1. El mutuo acuerdo. 2. La fuerza mayor o caso fortuito irreparable. 3. El cobro indebido de copagos y/o cuotas moderadoras de manera dolosa. 4. Cualquier sanción impuesta por parte de las Autoridades de Inspección, Vigilancia y Control a EL CONTRATISTA y que tenga que ver con hechos o actos que afecten la calidad del servicio médico. 5. No cumplimiento del objeto contractual. 6. Es causal de terminación unilateral del contrato por parte de EMSSANAR ESS, la no ejecución reiterativa de los planes de mejoramiento solicitados en debida forma (por escrito) a EL CONTRATISTA, sin que medie justa causa para dicha omisión. 7. El suministro de información fraudulenta y/o basada en documentos adulterados, caso en el cual las acciones serán puestas en conocimiento de las autoridades competentes. 8. Unilateralmente por cuenta de EL CONTRATISTA y/o EL CONTRATANTE,

durante la vigencia inicial del presente contrato o de cualquiera de sus prórrogas, quien se acoja a ésta forma de terminación la anunciará al otro mediante comunicación escrita con una antelación no menor de 30 días calendario a la fecha de terminación deseada. Esta forma de terminación no genera indemnización a favor o a cargo ni de **EL CONTRATISTA** ni de **EL CONTRATANTE**. 9. Por incumplimiento de **EL CONTRATISTA** o **EL CONTRATANTE** de cualquier de sus obligaciones contractuales. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: CONTROL** - El Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Salud Departamental, o quienes estos deleguen; ejercerá la función de control, vigilancia, supervisión e interventoría sobre la ejecución de las actividades propias del objeto contractual; adicionalmente existirá lugar al control entre las partes, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente documento. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: DOMICILIO CONTRACTUAL** - Para efectos de este contrato, las partes del mismo establecen como domicilio el municipio de **CALI**; La facturación y demás comunicaciones que remita **EL CONTRATISTA** serán recibidas por **EMSSANAR ESS** en la(s) ciudad(es) de **Cali**. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: DOCUMENTOS CONTRACTUALES** - Son soportes de éste contrato y por lo tanto forman parte integrante de él, la normatividad que rige la materia, lo establecido en el Decreto 4747 de 2007 o las normas que modifiquen o complementen y adicionalmente lo siguiente: **PARAGRAFO PRIMERO - EL CONTRATISTA**: 1. Documentos solicitados en la CARTA DE CONTRATACION remitida por **EL CONTRATANTE**. **PARAGRAFO SEGUNDO - EMSSANAR ESS**: 1. Licencia de funcionamiento de **EMSSANAR ESS** entregada por la Superintendencia Nacional de Salud. 2. Plan de salud, modelo de gestión de riesgo en salud, indicadores de calidad, perfil epidemiológico y perfil demográfico; los cuales se encuentran actualizados en la página Web de Emssanar. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO** - El presente contrato se perfecciona con la firma de quienes intervienen en el mismo y la documentación completa estipulada en la Cláusula "Décima Sexta" del presente contrato. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: ACUERDOS ESCRITOS** - Las partes de este contrato, únicamente darán valor a los acuerdos contenidos en el presente documento y a los expresamente manifestados por escrito como modificaciones del mismo; en consecuencia los acuerdos verbales NO tendrán ninguna validez. **CLAUSULA NOVENA: LIQUIDACION DEL CONTRATO** - Una vez cumplido el plazo pactado entre las partes para la duración del contrato, este deberá ser liquidado de manera bilateral dentro de los CUATRO (4) meses siguientes a la fecha de terminación del mismo. La liquidación del contrato tendrá como objetivo, establecer el estado final del cumplimiento de las obligaciones de las partes y deberá constar siempre por escrito. **CLAUSULA VIGESIMA: AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**: El presente contrato está sujeto a los preceptos de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, con respecto al manejo de datos personales.

Este contrato se legaliza con las firmas de los representantes legales de las partes, en la ciudad de **CALI** el 1 de abril de 2017.

EL CONTRATANTE

CARLOS FAJARDO PABON
REPRESENTANTE LEGAL
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE
SALUD - EMSSANAR ESS

EL CONTRATISTA

MAURICIO SARRIA CAMACHO
REPRESENTANTE LEGAL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)

REVIEWED
ALEXANDRA ACOSTA R.

Empresa Solidaria de Salud



¡Siempre cerca de Usted!

EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N°. 647-2EC160001
ENTIDAD NIVEL III

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO				V - 0416	
REGIONAL			CONTRATO		MODALIDAD
REGIONAL VALLE - CAUCA			647-2EC160001		EVENTO
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE					
RAZON SOCIAL:	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD - EMSSANAR ESS		NIT:	814000337-1	
REP LEGAL:	CARLOS FAJARDO PABON		DOC REP LEGAL:	CC-31178576	
CIUDAD:	CALI		SITIO WEB:	www.emssanar.org.co	
DIRECCIÓN:	CL 5 # 19 -12 BBR LIBERTADORES		EMAIL:	gerenciarcv@emssanar.org.co	
TELEFONO:	5129200		FAX:	5577063	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA					
RAZON SOCIAL:	CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)		DOCUMENTO:	NI 900699086 8	
COD PRESTADOR:	7652009397				
REP LEGAL:	MAURICIO SARRIA CAMACHO		DOC REP LEGAL:	CC 16727432	
CIUDAD:	PALMIRA		SITIO WEB:	CLINICAPALMAREAL.COM.CO	
DIRECCIÓN:	KR 28 # 44 - 35		EMAIL:	info@clinicapalmareal.com.co	
TELEFONO:	2879000		FAX:		
OBJETO DEL CONTRATO					
Por este contrato EL CONTRATISTA se compromete a la PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD					
NIVEL(ES) DE ATENCIÓN DEL CONTRATO			POBLACIÓN A ATENDER		
NIVEL III			GENERAL		
VIGENCIA					
INICIO:	1 de agosto de 2016		FIN:	31 de marzo de 2017	
DURACIÓN		8 Meses			
CUANTIA DEL CONTRATO					
INDETERMINADO					
VR REAL:	INDETERMINADO		VR FISCAL:	40.000.000	
Este contrato se legaliza con las firmas de los representantes legales de las partes, en la ciudad de CALI el 1 de agosto de 2016					
Vo. Bo. Jefatura Jurídica			Vo. Bo. Gerencia Salud		

PS

Entre los suscritos a saber, de una parte el Sr. **CARLOS FAJARDO PABON**, mayor de edad identificado con CC 31178576, quien obra como **GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL** de **ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD - EMSSANAR ESS** con NIT 814000337 - 1, Personería Jurídica No. 3880 de diciembre de 1994 expedida por el DANCOOP, habilitada como Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado a través de la Resolución 0150 del 27 de febrero de 1996 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, legalmente autorizado para contratar; quien en este documento se denominará **EMSSANAR ESS**, y por otra parte el(la) Sr(a) **MAURICIO SARRIA CAMACHO**, mayor de edad, identificado(a) con CC 16727432, quien obra como **REPRESENTANTE LEGAL** de **CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)** con NI 900699086- 8 quien en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**; de común acuerdo hemos convenido celebrar el presente contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD** contenido en las siguientes cláusulas y previa las siguientes consideraciones: 1-. Las partes, como actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconocen el postulado constitucional de que la atención en salud y el saneamiento básico son servicios públicos a cargo del Estado. 2-. Que el presente acuerdo de voluntades, es un instrumento para garantizar a los afiliados al SGSSS, a través de EMSSANAR ESS, los servicios de recuperación de la salud, de acuerdo con los principios de Universalidad, Eficiencia, Solidaridad y demás principios rectores, presentes en el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, las normas que los adicionen, modifiquen o complementen. 3-. Así mismo; reconocen que en virtud del principio constitucional de legalidad la Nación, las entidades territoriales y los particulares tienen responsabilidades y competencias, claramente establecidas en materia de prestación de servicios de salud y que es deber de las partes el propiciar y velar por el cumplimiento adecuado de los roles que se tienen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de salvaguardar su estabilidad. 4-. En el desarrollo, interpretación y liquidación de este contrato, las partes establecen que se someterán a la **NORMATIVIDAD VIGENTE** establecida en la Constitución Política de Colombia, Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones y demás reglamentaciones emanadas en el marco de la Seguridad Social en Salud. 5-. Las partes acuerdan que las atenciones que se presten, en virtud de este contrato, se realizarán con plena observancia de los protocolos basados en evidencia y estrategias costo efectivas. 6-. Tanto EMSSANAR ESS como EL CONTRATISTA reconocen mutuamente que cumplen con los requisitos mínimos de negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades estipulados en la normatividad vigente; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan. **CLASULA PRIMERA: OBJETO** - EL CONTRATISTA se obliga a la **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD** del NIVEL III de atención definidos, contenidos y no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados al SGSSS y que se encuentran activos en la base de datos y sean remitidas a través de EMSSANAR ESS en el(los) municipio(s) de cobertura. EL CONTRATISTA llevará a cabo la ejecución de este contrato en el contexto del modelo y plan de salud empresarial; así como los requerimientos de portabilidad nacional del SGSSS, con toda su capacidad instalada, sus recursos humanos, físicos y tecnológicos e incluirá.

CODIGO	GRUPO	NOMBRE	COMPLEJIDAD	MODALIDAD	POBLACION
101	HOSPITALARIO	GENERAL ADULTOS	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
105	HOSPITALARIO	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
107	HOSPITALARIO	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
108	HOSPITALARIO	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
110	HOSPITALARIO	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
112	HOSPITALARIO	OBSTETRICIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
120	HOSPITALARIO	CUIDADO BASICO NEONATAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
203	QUIRURGICO	CIRUGIA GENERAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
206	QUIRURGICO	CIRUGIA NEUROLOGICA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
207	QUIRURGICO	CIRUGIA ORTOPEDICA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
215	QUIRURGICO	CIRUGIA UROLOGICA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
320	CONSULTA EXTERNA	GINECOBISTETRICIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
328	CONSULTA EXTERNA	MEDICINA GENERAL	BAJA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
332	CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
706	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	LABORATORIO CLINICO	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
710	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	



EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N°. 647-2EC160001
ENTIDAD NIVEL III

713	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	TRANSFUSION SANGUINEA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
718	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	LABORATORIO DE PATOLOGIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
719	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ULTRASONIDO	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
732	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ECOCARDIOGRAFIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	

Observaciones: Se contrata clínica de infusiones para aplicación de medicamentos así: Aplicación SC o IM especializada TIPO 1: 43.084 pesos; Aplicación SC o IM TIPO 2: 55.235 pesos; Infusión de medicamentos TIPO 1: 128.145 pesos; Infusión de medicamentos TIPO 2: 258.501 pesos. (Se anexa tabla de medicamentos Tipo 1 y 2). Se contrata Clínica de Epilepsia así: Video Telemetría - Estudio 6 horas: 1.150.000 pesos; Video Telemetría - Estudio 12 horas: 1.790.000 pesos; Video Telemetría - Estudio 24 horas: 3.123.500 pesos. **PARAGRAFO PRIMERO** – La prestación del servicio contratada, se ejecutará teniendo en cuenta el PLAN DE SALUD DE EMSSANAR y su MODELO DE GESTION DE RIESGO EN SALUD, en las dimensiones INFANCIA SALUDABLE, MUJER PROMOTORA DE SALUD, ADULTOS CUIDANDO SU SALUD, MENTE SANA Y ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PUBLICA VIGILADAS Y CONTROLADAS, así como estas dimensiones en las poblaciones especiales según norma vigente. EL CONTRATISTA se obliga a cumplir con criterios de calidad la ejecución de las acciones preventivas primarias, secundarias y terciarias, con el fin último de mejoramiento de los estados de salud de la población contratada. Lo anterior de acuerdo al objeto contractual. **PARAGRAFO SEGUNDO** – EL CONTRATISTA a través de sus profesionales prescribirá lo necesario ajustado a parámetros de calidad técnica y de suficiencia que señale el médico tratante; sin que exista la obligación por parte de EMSSANAR ESS de utilizar proveedores específicos. **PARAGRAFO TERCERO** – La estancia contratada corresponde a habitación compartida; solo se asumirá la estancia en habitación individual cuando sea pertinente por razones médicas. En el caso de presentarse un caso de paciente que no tenga apoyo familiar y pudiera generarse una estancia social, el CONTRATISTA notificará inmediatamente después de identificarse esta situación a EL CONTRATANTE y entre ambos, gestionarán ante el ente territorial correspondiente los trámites necesarios para su ubicación. Una vez generada el alta hospitalaria asistencial o médica, mientras se hace efectiva la ubicación del paciente, Emssanar reconocerá al CONTRATISTA la mitad de la tarifa convenida en habitación compartida de 2 camas. **PARAGRAFO CUARTO** – Para los casos de urgencia, la observación será reconocida a partir de la prescripción médica y máximo hasta veinticuatro horas; siempre y cuando, no se haya definido la conducta por la espera de resultados de laboratorio o valoración médica. **PARAGRAFO QUINTO** – Las instalaciones habilitadas por EL CONTRATISTA son el sitio de atención para la prestación de los servicios. **PARAGRAFO SEXTO** – La IPS garantiza de manera estricta y oportuna el completo diligenciamiento del TRIAGE en Urgencias, basado en las Guías Técnicas de Atención de Urgencias del Ministerio de la Protección Social que se constituirá como soporte adicional de la atención, por lo cual para aquellos pacientes clasificados como NO URGENCIA, la IPS hará la remisión al servicio ambulatorio correspondiente. **PARAGRAFO SEPTIMO** – En virtud de la normatividad vigente, las partes acuerdan que EL CONTRATISTA previa autorización de EMSSANAR ESS, prestará los servicios del objeto contractual a los afiliados que se encuentran fuera del área de cobertura de cada una de las EPS asociadas a GESTARSALUD; esto con el fin de garantizar la accesibilidad de los afiliados del al SGSSS en todo el territorio colombiano cumpliendo con el Decreto 1683 de 2013 referente a la Portabilidad. **PARAGRAFO OCTAVO** – Cuando El CONTRATISTA preste los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los criterios de ingreso se basaran en los criterios publicados por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos actualizada. **PARAGRAFO NOVENO** – En virtud de la normatividad vigente, las partes acuerdan que EL CONTRATISTA previa autorización de EMSSANAR ESS, prestará los servicios del objeto contractual a los afiliados que se encuentran fuera del área de cobertura de cada una de las EPS asociadas a GESTARSALUD; esto con el fin de garantizar la accesibilidad de los afiliados del al SGSSS en todo el territorio colombiano cumpliendo con el Decreto 1683 de 2013 referente a la Portabilidad. **PARAGRAFO DECIMO** – EL CONTRATISTA asume la responsabilidad de la prestación de Servicios NO POS cuando sean autorizados por EL CONTRATANTE y derivar su cobro al ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL según la normatividad vigente, previa presentación de las facturas ante EL CONTRATANTE, quien realiza el embalaje y radicación oportuna ante el ente territorial correspondiente. **PARAGRAFO DECIMO PRIMERO** – Forman parte integrante de éste contrato, todos los anexos que lo explican y complementan. **CLAUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA** – Por efectos de este contrato EL CONTRATISTA se obliga a: 1. A prestar los servicios definidos en la Cláusula "Primera" de este contrato; para ello se compromete a verificar los derechos de los afiliados a EMSSANAR ESS a través del documento de identidad del afiliado, en la base de datos de la organización disponible en línea en la página WEB de EMSSANAR ESS o en la base de datos entregada por Emssanar afectada por las novedades según BDUA; evitando así la suplantación y uso fraudulento de la afiliación. Cuando se encuentren errores en la base de datos confrontada con los documentos de identificación, EL CONTRATISTA hará conocer a EMSSANAR ESS esta novedad para la debida actualización, a través del formato Anexo 1 de la Resolución 3047 de 2008 diligenciado de manera completa en forma obligatoria y adicionando documento de identificación del usuario digitalizado. Para el caso del Régimen Subsidiado, la atención de los recién nacidos hasta el primer año de edad, se hará conforme a las normas vigentes (Acuerdo 415 del 2009 Artículo 23 del Capítulo IV y Circular 024 del 2012). Los menores que no posean documento de identidad se identificarán con el carné de afiliación de sus padres y con el registro de nacido vivo hasta los treinta (30) primeros días de edad y en adelante con carné expedido por EMSSANAR ESS. Los servicios contratados deberán prestarse utilizando los recursos y tecnología idónea de manera diligente, eficaz, segura, racional y oportuna; sin ningún tipo de discriminación y en estricta observancia de las normas éticas del ejercicio de los profesionales de salud y en respeto a los derechos de los pacientes. 2-. Asegurar la prestación de los servicios contratados, partiendo de procesos de planeación integrales del NIVEL III de atención con la adecuada disposición y organización de los recursos financieros, técnicos, tecnológicos y del talento humano necesarios para el cumplimiento de las actividades contratadas y de acuerdo con lo establecido por la normatividad vigente; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan al

PS

tiempo de la prestación de los servicios de salud. según 3-. De acuerdo con la legislación vigente, diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado; permitiendo a EMSSANAR el acceso a la misma, siendo éste el único instrumento válido para la revisión y la auditoría de las acciones, de acuerdo a lo señalado en la Resolución 1995 de 1999 y la confrontación con los modelos propuestos dentro del marco de las dimensiones del modelo de gestión del riesgo en salud. 4-. Coordinar acciones de manera mancomunada con EMSSANAR ESS, para que el modelo de gestión del riesgo en salud propuesto en las dimensiones y sus PROGRAMAS BANDERA, obtengan los resultados esperados en el cumplimiento de los objetivos y metas; de acuerdo a la capacidad resolutoria y lo contratado en la Cláusula "Primera". 5-. Formular y/o suministrar los medicamentos contemplados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud; así como garantizar la dotación permanente de KITS de medicamentos para atención a víctimas de violencia sexual, gestantes y recién nacidos hijos de gestantes con diagnóstico de VIH o Hepatitis B Normativos. Si EL CONTRATISTA considera indispensable la prescripción de medicamentos ambulatorios o intra hospitalarios, procedimientos, insumos o tecnología NO contenidos en el POS; deberá soportar en debida forma, haber agotado todas las posibilidades que el POS ofrece y tramitar previamente ante el Comité Técnico Científico de EMSSANAR ESS la aprobación, donde se determine y concluya la autorización identificando y justificando los medicamentos NO POS, grupo terapéutico, principios activos individuales o combinados, concentración, forma terapéutica, número de días / tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada; adicionalmente deberá anexar los documentos completos del paciente, fórmula médica elaborada por el médico tratante con nombre, firma y registro médico, resumen de la historia clínica con el diagnóstico, descripción, código, análisis del caso y el Formato de Justificación de Medicamentos y/o Servicios NO POS. 6.- Para aquellos usuarios que requieran de servicios de una complejidad mayor o menor a la que EL CONTRATISTA posee y que aquí se contrata, se debe cumplir estrictamente con el proceso y operación del Sistema de Referencia y de Contra referencia, utilizando la red de servicios que ofrezca EMSSANAR ESS, la cual se encuentra publicada en la página WEB de EMSSANAR ESS y que EL CONTRATISTA declara conocer, articulando sus remisiones a los nodos de referencia y permitiendo la contrarreferencia de estos; todo ello con base en el cumplimiento de las normas legales vigentes al respecto y adoptando de los formatos para referencia y contra referencia establecidos en el artículo noveno de la resolución 4331 del 2012 y la respectiva información vía telefónica a EMSSANAR ESS. 7-. Acatar las obligaciones y responsabilidades definidas por la normatividad vigente respecto al Sistema de Información en Salud del SGSSS; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan, en especial las requeridas en las Resoluciones 4700 de 2008, 4725 de 2011, 4505 de 2012, 1552 de 2013, 1446 del 2006, circular 056 del 2009, y en la Circular Conjunta 030 de 2013. EL CONTRATISTA facilitará a EMSSANAR ESS la implementación de mecanismos que permitan la conectividad directa entre estos, de manera que se reduzcan los trámites administrativos; que de acuerdo al Decreto 4747 de 2007 están bajo la responsabilidad de los involucrados y no del usuario. En los casos de la eliminación de autorizaciones por acuerdo de voluntades, EL CONTRATISTA se obliga a reportar a EMSSANAR, los indicadores de calidad sobre los tiempos de autorización y/o realización de algunos procedimientos; reglamentados por la Superintendencia Nacional de Salud con base en los Artículos 125 y 131 del Decreto 019 de 2012. Respecto al registro de procedimientos se utilizará únicamente la codificación CUPS y respecto al registro de medicamentos se utilizará la codificación POS o el código CUM, con el respectivo valor pactado mediante este documento. Para el caso de paquetes integrales, procedimientos con tarifas diferenciales (casos excepcionales) que implican la creación de códigos propios, procedimientos o elementos sin codificación normativa vigente; se deberá reportar la codificación asignada por EMSSANAR ESS ó la codificación interna asignada por EL CONTRATISTA (no utilizar codificaciones derogadas como SOAT o ISS), con el respectivo valor pactado mediante este documento; adicionalmente los procedimientos quirúrgicos deberán incluir en su valor lo correspondiente a honorarios y derechos de sala, porque en los CUPS no existe codificación para este nivel de detalle. EL CONTRATISTA deberá diligenciar obligatoriamente en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), el campo referente al número de autorización (si la hubiere) que genera la atención. Las enfermedades de interés en Salud Pública (sobre todo los eventos centinela) deberán ser reportados de manera inmediata y/o semanal a EMSSANAR ESS en la estructura de archivo plano emitida por SIVIGILA, adjuntando la ficha epidemiológica para los casos de notificación inmediata; y de ser necesario permitiendo el acceso a la historia clínica por parte de un auditor del contratante. En el caso de la información contable es obligatorio enviar a EMSSANAR ESS los estados de cartera cuando este lo solicite y expedir el correspondiente paz y salvo cuando las obligaciones sean satisfechas o concertadas mediante acta de saneamiento de deudas, liquidación del contrato o cualquier medio que ponga fin a las diferencias derivadas de la ejecución del contrato. 8-. De acuerdo al objeto contractual, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) no constitutiva de delito de aborto, debe desarrollarse en el marco de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, que incluye las acciones de promoción de la salud y prevención del embarazo no deseado; su manejo deberá ser oportuno con el fin de evitar complicaciones y en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminación y atendiendo los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en los términos de ley (Sentencia C355 de 2006 de la Corte Constitucional). 9-. Prestar los servicios contratados de manera integral al afiliado derivando sus costos a las entidades responsables del pago de servicios de salud competentes de acuerdo con la Constitución Política, la ley y las normas legales reglamentarias. Los costos de atención de actividades contenidas en el POS serán asumidas por EMSSANAR ESS y las NO contenidas en dicho plan, serán derivadas por EL CONTRATISTA a las entidades responsables del pago (Ente Territorial, SOAT, ECAT, etc.). 10-. Cobrar copagos y/o cuotas moderadoras en los casos establecidas en la ley tanto para el régimen subsidiado como Contributivo. Será obligación especial con relación a los copagos por parte de EL CONTRATISTA, llevar un registro de cobro de copagos en los tiempos definidos por las normas legales con el fin de soportar los procesos de auditoría a que haya lugar. Cuando el usuario no tenga capacidad de pago para cancelar el copago, éste será asumido por EMSSANAR ESS en los días y horas hábiles, en los días y horas no hábiles bastara con la autorización por parte de la oficina de atención al usuario del CONTRATISTA. 11-. Recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin dilaciones injustificadas las quejas o sugerencias de los usuarios que recaigan sobre la prestación de los servicios objeto de este contrato para lo cual deberá efectuar un registro consolidado de las quejas o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución o mejoramiento, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por EMSSANAR ESS, cuando a ello hubiere lugar. 12-. Con base en las normas jurídicas vigentes, EL CONTRATISTA deberá implementar el Sistema de Garantía de Calidad de acuerdo a lo contratado; cumpliendo para ello, con el PAMEC implementado, programa de seguridad del paciente y los estándares de acceso, oportunidad, pertinencia y seguridad concertados con EMSSANAR ESS y son parte integral del contrato como anexo. 13-. Permitir a EMSSANAR ESS practicar las auditorías médicas, revisión de suficiencia, de calidad de los servicios prestados y seguimiento a los planes de mejoramiento



EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N° 647-2EC160001
ENTIDAD NIVEL III

establecidos; pudiendo consultar los documentos necesarios para tal fin, incluyendo las historias clínicas, garantizando el manejo discrecional y reservado de la información. 14.- Asistir a la convocatoria hecha por EMSSANAR ESS para acordar el plan de mejoramiento como resultado de la evaluación de las actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo con la normatividad vigente en el Sistema de Fortalecimiento y Control de la Gestión. La evaluación y los compromisos quedarán consignados en el plan de mejoramiento, establecido entre las partes para optimizar la prestación del servicio; y en caso de incumplimiento se informará a las entidades de control para que tomen los correctivos e impongan si es el caso las sanciones pertinentes. 15.- Reportar de manera inmediata a EMSSANAR ESS, so pena de terminación unilateral del contrato, la toma de medidas de seguridad sobre las sanciones impuestas por las autoridades de salud y las de vigilancia y control. 16.- Capacitar y socializar a los médicos adscritos a su institución, en los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, manejo de los formatos de la Resolución 3047 y 4331 de 2012 para la prescripción de procedimientos debidamente codificados y justificados; y de manera análoga comprometerlos para que ordenen y/o formulen tratamientos contenidos en dicho plan. Cuando por circunstancias que respondan a evidencia médica, el manejo de una patología o diagnóstico deba ser tratado con alternativas por fuera de la cobertura del POS, dicho tratamiento se deberá soportar con el documento o formato de justificación NO POS. A todo el personal vinculado con el CONTRATISTA, en la prestación de servicios le será socializado el presente contrato. 17.- Comunicar dentro de un término prudencial, la ocurrencia de eventos adversos en el desarrollo de prácticas médicas asistenciales y administrativas, acaecidas en la Institución del CONTRATISTA, que afecten a usuarios de EMSSANAR ESS y realizar la gestión oportuna de mejora en el contexto del programa de seguridad del paciente. Una vez comunicado el evento se reunirán los equipos de auditoría de calidad para analizar el caso y tomar las decisiones al respecto. 18.- Suministrar, por escrito la dirección de correo electrónico destinada para recibir y revisar periódicamente el contenido de los mensajes enviados por parte del CONTRATANTE referidos a las glosas que se presenten en el ejercicio de la auditoría médica o información adicional (circulares, reportes etc.). 19.- Las tarifas pactadas en la "Cláusula Quinta Tarifas", deberán ser reportadas a nivel de detalle de cada factura y no en la sección de descuentos de cada factura o en la cuenta de cobro general; adicionalmente deberá tenerse en cuenta la normatividad vigente referente a sistemas de información (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS), ya que algunas estructuras no manejan cantidades, lo cual implica la discriminación de ítems individuales y en otros casos los ítems deben reportarse en archivos específicos. 20.- Para las atenciones ambulatorias de los afiliados al Régimen Contributivo, EL CONTRATISTA se obliga a recaudar el pago de cuotas moderadoras según la normatividad vigente, conforme al Decreto de Movilidad 3047 de 2013. Los recursos recaudados por cuotas moderadoras pertenecen a EL CONTRATANTE y se descontarán en el momento del pago sobre la facturación total entregada por EL CONTRATISTA (Los valores relacionados con el concepto en mención, NO se deben reflejar en RIPS y tampoco en la cuenta de cobro). Por lo anterior. 21.- Para las atenciones de afiliados al Régimen Contributivo, EL CONTRATISTA se obliga a expedir a través de sus profesionales médicos, certificaciones de incapacidad por enfermedad general, accidente de trabajo y enfermedad profesional, cumpliendo con los postulados legales y de ética profesional. 22.- Muerte digna.- Según Resolución 1216 del 20 de abril del 2015 emitida por el Ministerio de Salud y protección social y la circular externa 0013 del 27 de julio del 2015 de la Superintendencia Nacional de salud, en cumplimiento a la Sentencia T-970 del 2014 de la Honorable Corte Constitucional, con relación a las directrices para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, dispone que "Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- que tengan habilitado el servicio de hospitalización de mediana o alta complejidad para hospitalización oncológica o el servicio de atención Institucional de paciente crónico o el servicio de atención domiciliaria para paciente crónico, que cuenten con los respectivos protocolos de manejo para el cuidado paliativo, conformarán al interior de cada entidad un comité Científico-Interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad, en adelante el Comité, en los términos previstos en la presente Resolución", estableciendo a renglón seguido las condiciones de conformación, organización y funcionamiento de dicho comité. 23.- Así mismo, los artículos 13 y 14 ibídem establecen las funciones de la EPS en relación con los Comités y en relación con los pacientes, dejando como prioridad el "contar en su red prestadora de servicios con profesionales de la salud idóneos y suficientes para atender los requerimientos que puedan surgir en relación con la garantía del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad". 24.- Emssanar dentro de sus obligaciones frente al Comité Científico Interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad debe asegurar la comunicación permanente con los miembros del comité para conocer las decisiones que se adopten, tramitar con celeridad los requerimientos que le sean formulados, coordinar las actuaciones para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. **CLAUSULA TERCERA: OBLIGACIONES DE EMSSANAR ESS** - En virtud del acuerdo contenido en el presente contrato, EMSSANAR ESS se compromete para con EL CONTRATISTA a: 1.- Entregar a EL CONTRATISTA y a los usuarios por los medios descritos en las normas, la Red de Prestadores de Servicios de Salud contratada por EMSSANAR ESS; adicionalmente inscribir a EL CONTRATISTA como parte integrante de la misma y mantenerla actualizada con el fin de que pueda operar de manera diligente el sistema de referencia y contrarreferencia. 2.- Suministrar a EL CONTRATISTA y mantener actualizada en línea a través de la página WEB de EMSSANAR ESS, la base de datos que contenga el listado de personas afiliadas por EMSSANAR ESS y su afiliación a cada Régimen. 3.- Pagar a EL CONTRATISTA las sumas adeudadas por la prestación de servicios en el plazo y forma acordados en la Cláusula Séptima - "Forma de Pago" establecida en éste contrato. 4.- Efectuar la inspección vigilancia y control sobre la prestación de los servicios de salud y sobre la ejecución de este contrato, sin perjuicio de las funciones que en dicha materia puedan ejercer las autoridades competentes del ramo. 5.- Autorizar dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente, los servicios contenidos en el POS del NIVEL III de complejidad; constituyéndose como excepción, la atención inicial de urgencias y aquellos casos en que por acuerdo de voluntades se haya suprimido el requisito de la autorización. 6.- Entregar A EL CONTRATISTA: El modelo de atención en salud definido por la organización y el perfil demográfico de la población a atender; así como también el perfil epidemiológico de la población afiliada en el territorio, teniendo en cuenta las (10) diez primeras causas de consulta externa, urgencias y hospitalización; lo cuales se encuentran publicados en la página WEB de EMSSANAR ESS. 7. Garantizar la disponibilidad en el apoyo con auditor médico concurrente, oportunidad en respuesta a solicitudes de atención domiciliaria y garantizar contratación de red de alta complejidad para la gestión del sistema de referencia y contrarreferencia. **CLAUSULA CUARTA: DURACION** -El presente contrato tiene una duración de 8 Meses, comprendidos entre el 1 de agosto de 2016 y el 31 de marzo de 2017. **CLAUSULA QUINTA: TARIFAS** - EMSSANAR ESS reconocerá a EL CONTRATISTA de acuerdo a la modalidad de EVENTO, los valores correspondientes a las tarifas. **PARAGRAFO PRIMERO** -La tarifa contratada se ajustará según el IPC general del año en curso. Cuando EL CONTRATISTA efectué actividades no pactadas en el presente contrato, o que no se describan en el manual tarifario convenido; el valor será determinado de manera conjunta entre las partes. **PARAGRAFO SEGUNDO** - EL CONTRATISTA

PS



EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N°. 647-2EC160001
ENTIDAD NIVEL III

podrá facturar los valores concertados según anexo contractual. Las tarifas pueden ser evaluadas y/o ajustadas durante la vigencia contractual de ser necesario, previo acuerdo entre las partes. **PARAGRAFO TERCERO** – Si dentro de la vigencia contractual se solicitan servicios, o tecnologías, o insumos, reactivos no pactados en el listado anexo inicial, estos se cotizarán previamente a la prestación del servicio y una vez concertado se actualizará el anexo respectivo. **PARAGRAFO CUARTO** – Las tarifas acordadas por paquetes integrales de atención, incluye su valor y las actividades que contiene dicho paquete, las que se encuentran descritas en el anexo técnico de paquetes, concertado entre las partes. **CLAUSULA SEXTA: VALOR** – El valor del presente contrato es indeterminado, pero determinable, pues el mismo, será el resultado de sumar la facturación de procedimientos contratados en la Cláusula Primera - "Objeto" de este documento. **PARAGRAFO PRIMERO** – Para efectos fiscales, las partes acuerdan establecer como valor del contrato la suma de **CUARENTA MILLONES M/C (\$ 40.000.000)**. Este valor no determina la firma de OTRO-SI cuando sea superado; ya que se trata de un valor fiscal para establecer un monto aproximado del contrato. **PARAGRAFO SEGUNDO** – Considerando los montos asignados por servicios con relación a los ingresos recibidos por concepto de UPC, se fija como monto de radicación (techo presupuestal mensual) la suma de **CINCO MILLONES M/C (\$ 5.000.000)**. **CLAUSULA SEPTIMA: FORMA DE PAGO** – EMSSANAR ESS pagará a EL CONTRATISTA previa legalización de este contrato, presentación y tramitación de las respectivas cuentas de cobro; las cuales deberán cumplir los requisitos legales, administrativos y fiscales vigentes. Se debe tener en cuenta que el pago se efectuará según las normas legales vigentes. **PARAGRAFO PRIMERO** – EL CONTRATISTA deberá tener en cuenta que el período de **EVENTO** comprenderá del primero (1) al treinta (30) de cada mes durante el plazo de vigencia y prórrogas del respectivo contrato; y para la presentación de las cuentas de cobro deberá adjuntar: 1. Factura consolidada de la prestación de los servicios que cumplan lo previsto en la normatividad vigente, así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan. 2. Facturas individuales de venta consolidadas y desagregadas por centro de costos (urgencias, servicios ambulatorios, hospitalización y alto costo). Cuando se trate de eventos NO POS, la factura debe identificar a EMSSANAR ESS como responsable del pago, valor y cantidad del medicamento o procedimiento o insumo suministrado y la identificación del afiliado al cual se suministró el evento NO POS. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento o procedimiento o insumo suministrado, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado. 3. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de las actividades de protección específica, detección temprana, Recuperación, Medicamentos ambulatorios y hospitalarios realizadas en el respectivo período por cada contrato firmado; dicho registro debe garantizar los siguientes atributos: pertinencia en estructura, veracidad de los datos, concordancia con la cuenta de cobro, correspondencia con la definición, estructura, valores, referencia cruzada entre variables y características según lo reglamentado en la normatividad vigente en lo referente a los sistemas de información, así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan. 4. Anexos por cada factura determinados por la Resolución 3047 de 2008; así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan. En los casos de la eliminación de autorizaciones por acuerdo de voluntades, EL CONTRATISTA, se obliga a soportar el servicio de salud, presentando además de lo normativo: la evolución, epicrisis, nota quirúrgica, etc; según corresponda. Si existen facturas con Auditoría Previa Convenida, entonces se deberá anexar el "Formato de Auditoría Previa" con la respectiva firma y sello del Auditor Responsable. En relación a los RIPS es importante tener en cuenta lo reglamentado en la Ley 1438 del 2011 Artículo 116: "Sanciones por la no provisión de información". 6. Registro por persona (archivo plano) de las actividades de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en el mes, según anexo técnico de la Resolución 4505 de diciembre de 2012. **PARAGRAFO SEGUNDO** – Cuando se trate de procedimiento, intervenciones y/o medicamentos NO POS, la factura debe identificar al ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL como responsable del pago, valor y cantidad del procedimiento o medicamento suministrado y la identificación del afiliado al cual se suministró el servicio. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: los servicios, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado. **PARAGRAFO TERCERO** – La recepción y radicación de la cuenta de cobro, estará condicionada al cumplimiento de los aspectos relacionados a continuación: 1. EMSSANAR ESS recibirá las cuentas de cobro generadas por EL CONTRATISTA desde el primero (01) hasta el quince (15) del mes inmediatamente siguiente al período de **EVENTO**. Las facturas presentadas deben corresponder a las atenciones generadas en el mes anterior, y en caso de encontrar facturas de servicios prestados durante el mes en curso, se podrá proceder a devolución de la factura correspondiente. Dichos documentos serán recibidos en las instalaciones de EMSSANAR ESS de la(s) ciudad (es) definida (s) según la Cláusula Décima Quinta - "Domicilio Contractual"; en los días y horas hábiles, teniendo en cuenta la jornada habitual de trabajo de las oficinas administrativas. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma; si EL CONTRATISTA presenta las cuentas de cobro fuera del plazo establecido, éstas se tramitarán en el período inmediatamente siguiente. 2. Será causal de devolución de las cuentas, cuando en virtud de las actividades realizadas del presente contrato no se reporten códigos normativos vigentes (CUPS - códigos medicamentos POS - códigos CUM) o códigos acordados contractualmente (paquetes - casos excepcionales de procedimientos con tarifas diferenciales - procedimientos y elementos sin codificación normativa vigente), o cuando no se reporten los números de autorización (si hubiere); en los respectivos Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Por otra parte, no se permiten las modificaciones posteriores a la radicación de los RIPS; de esta manera las novedades se deberán incluir en el período inmediatamente siguiente. 3. Presentación de máximo tres (3) cuentas de cobro (agrupación de facturas) por cada mes de prestación de servicios y por cada contrato, en la cual se debe incluir de manera completa y correcta la razón social de EL CONTRATISTA; además de documentación anexa legible. 4. Con base en el Artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, EL CONTRATISTA se obliga a presentar la factura con los datos y en la estructura que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, y la DIAN; o los lineamientos técnicos y los estándares que sobre el particular expidan las dependencias técnicas del Ministerio (Viceministerio Técnico, Viceministerio de Salud o la Dirección General de Planeación y Análisis de Política). Según lo estipulado en la Circular Conjunta 030 de 2013, el número de una factura está conformado por dos partes: un prefijo (máximo seis(6) caracteres alfanuméricos opcionales) y la numeración como tal (caracteres numéricos obligatorios); por lo anterior y para garantizar el cruce de información reportada en dicha circular por parte de EMSSANAR ESS y EL CONTRATISTA que utiliza prefijos en la numeración de facturas; es necesario que en el campo "Numero de Factura" de todos los RIPS, se incluya un GUION que permita identificar claramente Prefijo (caracteres a la izquierda del guión) y Numero (caracteres a la derecha del guión). 5. Validación satisfactoria de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), en el aplicativo suministrado por el Ministerio de la Protección Social; para lo cual deberá anexar el pantallazo impreso de RIPS aprobados. 6. Validación satisfactoria de consistencia, valores y referencia cruzada entre variables de los Registros Individuales de



Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el aplicativo interno manejado por EMSSANAR ESS. 7. Todos los ajustes contables a las facturas se deben reflejar a nivel de RIPS; las notas crédito (ajuste por mayores valores debido a error de facturación o auditoría previa) deben registrarse en el campo "Descuento" del RIPS AF (Se entiende que no es un descuento real pero en la estructura actual de RIPS no existe otro campo que permita su manejo sin causar mayores inconvenientes); las notas débito (ajuste por menores valores debido a error de facturación o auditoría previa) implican refacturación; es decir la entidad debe anular la factura y generar una nueva por el monto correcto ó debe generar una factura adicional por el valor faltante. 8. La baja calidad de información reportada por parte de EL CONTRATISTA de manera repetitiva, será objeto de ejecución de planes de mejoramiento. **PARAGRAFO CUARTO** – Una vez radicada la cuenta, EMSSANAR ESS procederá al pago teniendo en cuenta la normatividad vigente y el Parágrafo "Cuatro" de esta misma Cláusula. El resultado del proceso de Auditoría y el detalle de la glosa, será notificado a EL CONTRATISTA, en el formato establecido por EL CONTRATANTE; por su parte EL CONTRATISTA, deberá responder la aceptación parcial o total de las glosas; ya sea en el formato establecido por EMSSANAR o en un formato alterno propio de EL CONTRATISTA (Excel o Access), que como mínimo incluya los siguientes campos: Numero Radicado, Numero Cuenta Cobro, Numero Factura, Fecha Expedición Factura, Valor Total Factura, Tipo Documento Usuario, Numero Documento Usuario, Código Procedimiento, Descripción Procedimiento, Fecha Procedimiento, Valor Procedimiento, Código Glosa, Valor Glosado, Valor Glosa A Favor Ips (Valor No Aceptado por la IPS), Valor Glosa a Favor Eps (Valor Aceptado por la IPS) y Observaciones. En caso de NO ACEPTACIÓN de la glosa, EL CONTRATISTA informará de tal decisión a EMSSANAR ESS e inmediatamente, se procederá a reunir al comité compuesto por los responsables de Auditoría Médica de las partes; éste grupo de personas tomará una decisión conciliatoria definitiva que será consignada en un acta proforma de conciliación de glosa, anexa a este contrato. Las decisiones que adopte el comité de Auditoría Médica serán de obligatorio cumplimiento para las partes. En aquellos eventos en que existan glosas definitivas no conciliadas entre el contratante y el contratista, las partes acudirán a los mecanismos legales previstos para la definición de las controversias ante la Superintendencia Nacional de Salud. **PARAGRAFO QUINTO** – Las partes acuerdan como periodo de pago convenido 90 días calendario, contados a partir de la radicación de la cuenta de cobro. **PARAGRAFO SEXTO** – De acuerdo a la normatividad vigente, así como las demás que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan; el NO-CUMPLIMIENTO de los requerimientos legales y normativos aquí señalados; será causal de terminación del contrato o motivo de la NO Renovación del mismo. **CLAUSULA OCTAVA: RESPONSABILIDAD LEGAL DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS- e INDEMNIDAD** – EL CONTRATISTA asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados a EMSSANAR ESS, la responsabilidad plena en materia patrimonial, extracontractual, penal, civil y administrativa por la prestación del servicio de salud. Para efectos del presente contrato, EL CONTRATISTA desarrollará la prestación de los servicios de salud y la relación Médico-paciente-IPS, con plena autonomía técnico científica y administrativa. **PARAGRAFO PRIMERO** – EMSSANAR ESS no responderá por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA. Si por perjuicios causados a un afiliado remitido y/o atendido por EL CONTRATISTA, EMSSANAR ESS fuese condenada judicialmente a responder o demandada en proceso judicial o extrajudicial por responsabilidad medica derivada si y solo si del acto médico asistencial, el Contratista se obliga a mantener indemne a la Entidad a EMSSANAR ESS, para lo cual el CONTRATANTE podrá ejercer el llamamiento en garantía en contra del CONTRATISTA. **PARAGRAFO SEGUNDO** – El CONTRATISTA se obliga a través del presente contrato a constituir y/o asumir el costo de suscripción póliza de "Responsabilidad Civil Medica por un valor asegurado no inferior a (800.0) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLV) por evento o siniestro, con una vigencia igual a la duración del contrato y dos (2) años más, a través una compañía de seguros legalmente establecida en el país, que garantice el pago de los perjuicios ocasionados por causas imputables al CONTRATISTA o su personal, que ampare tanto a EL, como A EMSSANAR ESS, cuando esta sea condenada al pago de indemnización alguna por dicha causa. En el evento que EMSSANAR ESS sea demandada judicialmente, ante la jurisdicción ordinaria o administrativa, se llamara en garantía a la aseguradora contratada por EL CONTRATISTA, para que responda por el valor asegurado, en caso que sea condenada. **PARAGRAFO TERCERO** – Será objeto de retención hasta del 10% de valores mensuales de pago, por el tiempo que dure el incumplimiento de los siguientes aspectos: 1. El no cumplimiento del reporte de indicadores obligatorios en el SGSSS. 2. El incumplimiento injustificado de planes de mejoramiento pactados entre las partes, que involucren la calidad del servicio o que impacten en la salud de la población. **CLAUSULA NOVENA: PROHIBICION DE CESION** – La normatividad vigente sobre la habilitación de EPS así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan, establece que no se permite la subcontratación de servicios; por lo tanto para el cumplimiento del objeto contractual, las partes no podrán ceder los derechos y obligaciones que adquieren por éste documento, a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo y escrito de la contraparte. **CLAUSULA DECIMA: RELACION LABORAL** – EMSSANAR ESS no adquiere ningún tipo de relación laboral con EL CONTRATISTA ni con el personal que éste contrate para la ejecución de lo establecido en éste documento; por lo cual EL CONTRATISTA se compromete a pagar todos los derechos laborales relacionados con el personal que éste vincule para el desarrollo del mismo. En éste aspecto no existirá ningún tipo de solidaridad entre las partes. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CONTROVERSIAS CONTRACTUALES** – Las partes de este contrato acuerdan someter la solución de los eventuales conflictos o controversias que se susciten dentro de la ejecución del mismo, a un proceso de conciliación; el cual se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con los requisitos y trámites exigidos por esa entidad. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: SUSPENSION TEMPORAL** – Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, las partes de común acuerdo podrán suspender la ejecución del contrato mediante la suscripción de un acta en la cual conste tal evento; el tiempo de suspensión no se tendrá en cuenta para los efectos del término de duración del contrato. **PARAGRAFO PRIMERO** – EMSSANAR ESS podrá efectuar la suspensión unilateral del contrato por justa causa, en caso de presentarse incumplimiento en la entrega de medicamentos e insumos o el cobro indebido de copagos. **PARAGRAFO SEGUNDO** – EL CONTRATISTA podrá suspender el servicio previa notificación escrita a EMSSANAR ESS con ocho (8) días de antelación, si se presentara el incumplimiento en el pago de las facturas dentro de los 90 días calendario; y además por cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: TERMINACION DEL CONTRATO** – Serán causales de terminación del contrato: 1. El mutuo acuerdo. 2. La fuerza mayor o caso fortuito irreparable. 3. El cobro indebido de copagos y/o cuotas moderadoras de manera dolosa. 4. Cualquier sanción impuesta por parte de las Autoridades de Inspección, Vigilancia y Control a EL CONTRATISTA y que tenga que ver con hechos o actos que afecten la calidad del servicio médico. 5. No cumplimiento del objeto contractual. 6. Es causal de terminación unilateral del contrato por parte de EMSSANAR ESS, la no ejecución reiterativa de los planes de mejoramiento solicitados en debida forma (por escrito) a EL CONTRATISTA, sin que medie justa causa para dicha omisión. 7. El suministro de información fraudulenta y/o basada en documentos adulterados, caso en el cual las

Empresa Solidaria de Salud



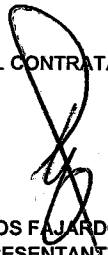
¡Siempre cerca de Usted!

EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N°. 647-2EC160001
ENTIDAD NIVEL III

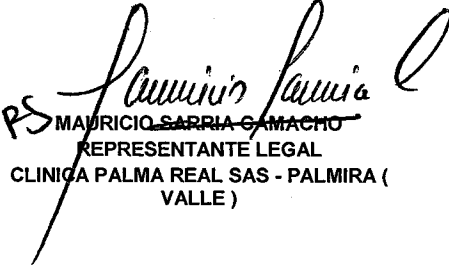
acciones serán puestas en conocimiento de las autoridades competentes. 8.- La terminación unilateral del contrato se podrá realizar por cualquiera de las partes, previa notificación por escrito, con una antelación no menor a 30 días calendario; esta terminación no generará indemnización de ningún orden. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: CONTROL** – El Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Salud Departamental, o quienes estos deleguen; ejercerá la función de control, vigilancia, supervisión e interventoría sobre la ejecución de las actividades propias del objeto contractual; adicionalmente existirá lugar al control entre las partes, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente documento. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: DOMICILIO CONTRACTUAL** – Para efectos de este contrato, las partes del mismo establecen como domicilio el municipio de CALI; La facturación y demás comunicaciones que remita EL CONTRATISTA serán recibidas por EMSSANAR ESS en la (s) ciudad (es) de Cali. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: DOCUMENTOS CONTRACTUALES** – Son soportes de éste contrato y por lo tanto forman parte integrante de él, la normatividad que rige la materia, lo establecido en el Decreto 4747 de 2007 y adicionalmente lo siguiente: **PARAGRAFO PRIMERO – EL CONTRATISTA:** 1. Documentos solicitados en la CARTA DE CONTRATACION remitida por EL CONTRATANTE. **PARAGRAFO SEGUNDO – EMSSANAR ESS:** 1. Licencia de funcionamiento de EMSSANAR ESS entregada por la Superintendencia Nacional de Salud. 2. Plan de salud, modelo de gestión de riesgo en salud, indicadores de calidad, perfil epidemiológico y perfil demográfico; los cuales se encuentran actualizados en la página Web de Emssanar. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO** – El presente contrato se perfecciona con la firma de quienes intervienen en el mismo y la documentación completa estipulada en la Cláusula "Décima Sexta" del presente contrato. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: ACUERDOS ESCRITOS** – Las partes de éste contrato, únicamente darán valor a los acuerdos contenidos en el presente documento y a los expresamente manifestados por escrito como modificaciones del mismo; en consecuencia los acuerdos verbales NO tendrán ninguna validez. **CLAUSULA DECIMA NOVENA: LIQUIDACION DEL CONTRATO** – Una vez cumplido el plazo pactado entre las partes para la duración del contrato, este deberá ser liquidado de manera bilateral dentro de los CUATRO (4) meses siguientes a la fecha de terminación del mismo. La liquidación del contrato tendrá como objetivo, establecer el estado final del cumplimiento de las obligaciones de las partes y deberá constar siempre por escrito. **CLAUSULA VIGESIMA: AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** El presente contrato está sujeto a los preceptos de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, con respecto al manejo de datos personales.

Este contrato se legaliza con las firmas de los representantes legales de las partes, en la ciudad de CALI el 1 de agosto de 2016.

EL CONTRATANTE


CARLOS FAJARDO PABON
REPRESENTANTE LEGAL
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE
SALUD - EMSSANAR ESS

EL CONTRATISTA


PS MAURICIO SARRIA GAMACHO
REPRESENTANTE LEGAL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)

3. La SRA JASMIN GUEVARA MOLINA , el dia 11 de octubre del 2017 fue remitida por el HOSPITAL SAN RAFAEL ESE a la CLINICA PALMA REAL con la siguiente anotación.

Evoluciones		
Punto Atención : URGENCIAS	No Documento : ADM-262282	Código Prestador : 752468672201
Línea Producto : CONSULTA DE URGENCIAS	Estado : CERRADO	Sede : ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
Evolución No 1	Fecha Atención: 2017-10-11 16:21:54.947	
Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan		
PACIENTE QUE REFIER QUE HAN PRESINTE CON DOLOR DE CABEZA DE LA MISMA INTENSIDAD AJUAN CON TINITUS ESPORADICOS Y CUANDO EL DÁN EL DURA POR 20 MIN Y VE LEUCESITAS		

- Mediante demanda VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL , los DEMANDANTES JASMIN GUEVARA MOLINA y ANYELO STEVAN VELEZ , pretenden que la CLINICA PLAMA REAL SAS . reconozca y pague en su favor, perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, por la prestación del servicio médico asistencial recibido tanto en el **HOSPITAL SAN RAFAEL ESE** como en la **CLINICA PALMA REAL** . según los hechos de la demanda.
- Todas estas razones por las cuales está llamada a responder la IPS **HOSPITAL SAN RAFAEL ESE** como LLAMADO EN GARANTIA , siendo indispensable que se vincule al proceso con fundamento en la OBLIGACION prestacional con la parte demandante como claramente emerge de la historia clínica que obra como anexo de la demanda a la demanda.

PRETENSIONES:

De conformidad con lo expuesto en el acápite anterior , comedidamente solicito se vincule a la IPS HOSPITAL SAN RAFAEL ESE como LLAMADO EN GARANTIA de la parte pasiva.

Como consecuencia de lo anterior y a partir de la admisión de la presente vinculación , se ruega suspender el trámite por el término y para los fines de ley.

Se solicita de la manera más atenta, que en caso de que la CLINICA PALMA REAL SAS a quien represento, fuere vencida en el proceso, condenar al LLAMADO EN GARANTIA, al pago de las cuantías que resultaren como concreción de las pretensiones de la demanda.

Comedidamente solicito al despacho efectuar la notificación de la presente VINCULACION al REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD HOSPITALARIA o quien haga de sus veces.

Conforme al Acuerdo 013 de junio de 1994 del Honorable Concejo Municipal, la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael del Municipio de El Cerrito es una entidad con categoría especial de entidad publica, descentralizada, del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículo 194, 195 y 196 de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1.993

PRUEBAS:

INTERROGATORIO DE PARTE:

Que se efectuará verbalmente al representante legal de la IPS HOSPITAL SAN RAFAEL ESE en la fecha y hora que para ello fije el despacho.

DOCUMENTALES (Que obran en el expediente)

- HISTORIA CLINICA QUE OBRA COMO ANEXO DE LA DEMANDA
- COPIA DE CERTIFICADO DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

- Artículos 61 Y SS DEL CGP

COMPETENCIA.

Suya, señor juez, por cursar ante su despacho el proceso del que se desprende el presente llamamiento como LLAMADO EN GARANTIA.

NOTIFICACIONES:

- *La suscrita recibirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la carrera 9 N° 9-49 oficina 502 Edificio Residencias Aristi de Cali. Tels: 880 13 54- 311 612 06 13. Y en mi correo electrónico notificaciones@vcastilloabogados.com.*
- *HOSPITAL SAN RAFAEL ESE Direccion:Cr 13 # 11-51 El Cerrito- Valle del Cauca. Conmutador: (57+2) 2565290. Notificaciones Judiciales:juridicohsr01@gmail.com (TOMADO DE LA PAGINA WEB)*

Del señor Juez, cordialmente

VANESSA CASTILLO VELASQUEZ

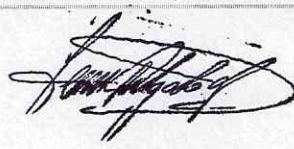
C.C. No. 66.855.547 DE CALI

T. P. No.87.266 DEL C. S. J.

.



EVENTO DE SERVICIOS II - III NIVEL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)
CONTRATO N°. 647-2EC170001
ENTIDAD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO				V - 0217	
REGIONAL			CONTRATO		MODALIDAD
REGIONAL VALLE - CAUCA			647-2EC170001		EVENTO
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE					
RAZON SOCIAL:	ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD - EMSSANAR ESS		NIT:	814000337-1	
REP LEGAL:	CARLOS FAJARDO PABON		DOC REP LEGAL:	CC-12965810	
CIUDAD:	CALI		SITIO WEB:	www.emssanar.org.co	
DIRECCIÓN:	CL 5 # 19 -12 BBR LIBERTADORES		EMAIL:	gerenciarcv@emssanar.org.co	
TELEFONO:	5129200		FAX:	5577063	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA					
RAZON SOCIAL:	CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)	DOCUMENTO:	NI 900699086 8		
COD PRESTADOR:	765200939701				
REP LEGAL:	MAURICIO SARRIA CAMACHO	DOC REP LEGAL:	CC 16727432		
CIUDAD:	PALMIRA	SITIO WEB:	WWW.CLINICAPALMAREAL.COM.CO		
DIRECCIÓN:	KR 28 # 44 - 35	EMAIL:	gerencia@clinicapalmareal.com.co		
TELEFONO:	2879000	FAX:			
OBJETO DEL CONTRATO					
Por este contrato EL CONTRATISTA se compromete al PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD					
NIVEL(ES) DE ATENCIÓN DEL CONTRATO			POBLACIÓN A ATENDER		
MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			GENERAL		
VIGENCIA					
INICIO:	1 de abril de 2017	FIN:	28 de marzo de 2018	DURACIÓN	11 meses
CUANTIA DEL CONTRATO					
INDETERMINADO					
VR REAL:	INDETERMINADO		VR FISCAL:	240.000.000	
Este contrato se legaliza con las firmas de los representantes legales de las partes, en la ciudad de CALI el 1 de abril de 2017					
					
		Vo. Bo. Jefatura Jurídica		Vo. Bo. Gerencia Salud	

Entre los suscritos a saber, de una parte el Sr. **CARLOS FAJARDO PABON**, mayor de edad identificado con **CC 12965810**, quien obra como **GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL** de **ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD - EMSSANAR ESS** con **NIT 814000337 - 1**, Personería Jurídica No. 3880 de diciembre de 1994 expedida por el DANCOOP, habilitada como Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado a través de la Resolución 0150 del 27 de febrero de 1996 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, legalmente autorizado para contratar; quien en este documento se denominará **EMSSANAR ESS**, y por otra parte el(la) Sr(a) **MAURICIO SARRIA CAMACHO**, mayor de edad, identificado(a) con **CC 16727432**, quien obra como **REPRESENTANTE LEGAL CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)** con **NI 900699086- 8** y en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**; de común acuerdo hemos convenido celebrar el presente contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD** contenido en las siguientes cláusulas y previa las siguientes consideraciones: 1-. Las partes, como actores del sistema general de seguridad social en salud, reconocen el postulado constitucional de que la atención en salud y el saneamiento básico son servicios públicos a cargo del Estado. 2-. Que el presente acuerdo de voluntades entre las partes es un instrumento para garantizar a los afiliados de EMSSANAR ESS los servicios de recuperación de la salud de acuerdo con los principios de Universalidad, Eficiencia, Solidaridad y demás principios rectores, presentes en el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, ley 1751 del 2015, las normas que los adicionen, modifiquen o complementen. 3-. Así mismo; reconocen que en virtud del principio constitucional de legalidad la nación, las entidades territoriales y los particulares tienen responsabilidades y competencias claramente establecidas en materia de prestación de servicios de salud y que es deber de las partes el propiciar y velar por el cumplimiento adecuado de los roles que se tienen dentro del sistema de seguridad social en salud con el fin de salvaguardar su estabilidad. 4-. En el desarrollo, interpretación y liquidación de este contrato, las partes establecen que se someterán a la **NORMATIVIDAD VIGENTE** establecida en la Constitución, Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares y demás reglamentaciones emanadas en el marco de la Seguridad social en Salud. 5-. Las partes acuerdan que las atenciones que se presten, en virtud de este contrato, se realizarán con plena observancia de los protocolos basados en evidencia y estrategias costo efectivos. 6-. Tanto EMSSANAR ESS como EL CONTRATISTA reconocen que mutuamente cumplen con los requisitos mínimos de negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades estipulados en la normatividad vigente; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan. **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO** - EL CONTRATISTA se obliga a la **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD** del **MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD** de atención definidos, contenidos y no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud y en las rutas de atención integral en salud (RIAS) a los afiliados al SGSSS y que se encuentran activos en la base de datos de EMSSANAR ESS, que será entregada el diez (10) de cada mes. Esta población durante la vigencia pactada en la **CLAUSULA CUARTA** del presente contrato, puede variar según reporte de la base de datos única de afiliados BDUA en el(los) siguiente(s) municipio(s) de cobertura. Se incluye además los datos sobre la ubicación geográfica y caracterización poblacional de la población objeto; la cual está disponible en la página: <http://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/gestion-riesgo-individual.aspx> EL CONTRATISTA llevará a cabo la ejecución de este contrato en el contexto de los lineamientos normativos de la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), los componentes del Modelo de Atención Integral (MIAS) que entre otros contienen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS); y lineamientos empresariales definidos en el **MODELO** de **GESTION DE RIESGO EN SALUD** DE EMSSANAR ESS así como en el protocolo de referencia y contrarreferencia de la Organización anexos al contrato; de igual manera los requerimientos de portabilidad nacional del SGSSS, con toda su capacidad instalada, sus recursos humanos, físicos y hospitalarios que garanticen una atención integral e incluirá.

CODIGO	GRUPO	NOMBRE	COMPLEJIDAD	MODALIDAD	POBLACION
101	HOSPITALARIO	GENERAL ADULTOS	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
105	HOSPITALARIO	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
107	HOSPITALARIO	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
108	HOSPITALARIO	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	ALTA	INTRAMURAL AMBULATORIO	
110	HOSPITALARIO	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
112	HOSPITALARIO	OBSTETRICIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
120	HOSPITALARIO	CUIDADO BASICO NEONATAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
203	QUIRURGICO	CIRUGIA GENERAL	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	

206	QUIRURGICO	CIRUGIA NEUROLOGICA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
207	QUIRURGICO	CIRUGIA ORTOPEDICA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
215	QUIRURGICO	CIRUGIA UROLOGICA	ALTA	INTRAMURAL AMBULATORIO	
312	CONSULTA EXTERNA	ENFERMERIA	MEDIA		
328	CONSULTA EXTERNA	MEDICINA GENERAL	BAJA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
706	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	LABORATORIO CLINICO	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
710	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
713	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	TRANSFUSION SANGUINEA	ALTA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	
719	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ULTRASONIDO	MEDIA	INTRAMURAL AMBULATORIO	
732	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ECOCARDIOGRAFIA	MEDIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	

PARAGRAFO PRIMERO-. La prestación del servicio contratado, se ejecutará teniendo en cuenta los lineamientos normativos de la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), los 10 componentes del Modelo de Atención Integral (MIAS) que entre otros contienen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS), Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS); y lineamientos empresariales definidos en el MODELO de GESTION DE RIESGO EN SALUD DE EMSSANAR ESS, anexos al contrato; de igual manera teniendo en cuenta aspectos de prestación de servicios de salud por zonas, por entornos y poblaciones especiales según norma vigente, y que EL CONTRATISTA asume conocer, EL CONTRATISTA se obliga a cumplir con criterios de calidad la ejecución de las acciones preventivas primarias, secundarias y terciarias, con el fin último de mejoramiento de los estados de salud de la población contratada. **PARAGRAFO SEGUNDO**-. Si en el objeto contractual se incluyen servicios de salud correspondientes a la atención del binomio madre- hijo se tendrá en cuenta los lineamientos operativos de las RIAS de los servicios de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal, según los grupos etarios y las frecuencias de uso y los requerimientos empresariales de resultados en salud. **PARAGRAFO TERCERO**-. Si en el objeto contractual se incluye atenciones de pacientes con patología de Cáncer, su diagnóstico deberá garantizar en la historia clínica el reporte de biopsia cuando aplique, considerando la fecha de toma y la fecha del resultado valido; fecha del diagnóstico y diagnóstico valido según codificación CIE10, fecha de la primera consulta con el médico tratante; así mismo la clasificación TNM correspondiente que permita evaluar el tratamiento prescrito. Además el inicio de tratamiento debe ser oportuno y el mismo será continuo en el tiempo, evitando así las complicaciones por demoras en el tratamiento respectivo. Es obligación del CONTRATISTA entregar los datos solicitados por la cuenta de alto costo para evaluar los indicadores de cumplimiento de esta patología. **PARAGRAFO CUARTO** Si en el objeto contractual se establece la atención de como programas de Cáncer, Hipertensión arterial, Diabetes, Enfermedad Renal Crónica, VIH/SIDA, Artritis Reumatoide, Enfermedades Huérfanas, Hemofilia estos se harán de manera integral con las actividades y frecuencias descritas en cada programa y que se anexan al mismo para obtener los resultados en salud esperados. De igual manera el CONTRATISTA se obliga a entregar la información relacionada con numeral 9 de la Cláusula Segunda así como la entrega de los correspondientes registros clínicos que validen el reporte adelantado por el prestador para las patologías sujetas de auditoría por la Cuenta de Alto Costo y la información necesaria que la empresa requiera para evaluar los indicadores de cumplimiento de estas patologías. **PARAGRAFO QUINTO** - EL CONTRATISTA a través de sus profesionales prescribirá lo necesario ajustado a parámetros de calidad técnica y de suficiencia que señale el médico tratante; sin que exista la obligación por parte de EMSSANAR ESS a utilizar proveedores específicos. EL CONTRATISTA no podrá facturar los elementos suministrados por EMSSANAR ESS so pena de aplicación de glosa definitiva; aunque podrá entregarlos previa cotización y autorización de EMSSANAR ESS. **PARAGRAFO SEXTO** - EL CONTRATISTA deberá tener implementado y en funcionamiento el comité de infecciones para el análisis e intervención periódico de su Perfil Epidemiológico Infeccioso de la Institución y frente a este tener sus protocolos de Tratamiento contra Gérmenes según su sensibilidad y el perfil de resistencia, lo que ayudara a dar un

tratamiento más acertado (mientras sale los cultivos respectivos), disminuyendo complicaciones, mortalidad y estancias prolongadas. Para ello como referencia se puede tener en cuenta las recomendaciones del uso racional de antibióticos del Programa Stewardship. Cuando la IPS no cuente con estos elementos mínimos que garantizan la atención de las infecciones, se sancionará a la IPS con la glosa de total de la atención en el caso que se configure un evento adverso. **PARAGRAFO SEPTIMO** - La estancia contratada corresponde a habitación compartida; solo se asumirá la estancia en habitación individual cuando sea pertinente por razones médicas, es obligación del CONTRATISTA el uso eficiente de la estancia procurando el desescalamiento a niveles menores de complejidad o a terminar tratamiento en domicilio según Protocolo de alta tempranas pertinentes concertado entre las partes anexo a este contrato. Por ningún motivo se asumirán estancias sociales que corresponden a situaciones posteriores a la alta médica. Para estos casos se creará un comité entre las partes que trate estas situaciones y busque alternativas de solución. **PARAGRAFO OCTAVO** - Cuando EL CONTRATISTA preste los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los criterios de ingreso se basarán en los criterios publicados por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos actualizada. **PARAGRAFO NOVENO** - La IPS garantiza de manera estricta y oportuna el completo diligenciamiento del TRIAGE en Urgencias las 24 horas, basado en las Guías Técnicas de Atención de Urgencias del Ministerio de la Protección Social, por lo tanto para aquellos pacientes clasificados como NO URGENCIA, la IPS hará la remisión al servicio ambulatorio correspondiente; y salvo en casos excepcionales se facturará como consulta médica general. **PARAGRAFO DECIMO** Para los casos de urgencia, la observación será reconocida a partir de la prescripción médica y máximo hasta veinticuatro horas, **PARAGRAFO DECIMO PRIMERO** - En los casos que se suministren medicamentos regulados se deben garantizar la aplicación o entrega del medicamento original (comercial), lo que impacta en morbilidad de nuestros usuarios. El cual redundará en menores costos asociados en la atención de salud. **PARAGRAFO DECIMO SEGUNDO** Las instalaciones habilitadas por EL CONTRATISTA son el sitio de atención para la prestación de los servicios. **PARAGRAFO DECIMO TERCERO** - En virtud de lo establecido en la resolución 1441 del 2016, Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones; el prestador de servicios de salud, hará parte integral de la RIPSS conformada y habilitada por la EPS en su territorio. **PARAGRAFO DECIMO CUARTO** - En virtud de la normatividad vigente, las partes acuerdan que EL CONTRATISTA previa autorización de EMSSANAR ESS, prestará los servicios del objeto contractual a los afiliados que se encuentran fuera del área de cobertura de cada una de las EPS asociadas a GESTARSALUD; esto con el fin de garantizar la accesibilidad de los afiliados del al SGSSS en todo el territorio colombiano cumpliendo con el Decreto 1683 de 2013 referente a la Portabilidad. **PARAGRAFO DECIMO QUINTO** - EL CONTRATISTA asume la responsabilidad de la prestación de Servicios NO PBS, cuando sean prescritos por EL CONTRATISTA y derivar su cobro al ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL según la normatividad vigente. **PARAGRAFO DECIMO SEXTO** - Forman parte integrante de este contrato, todos los anexos que lo explican y complementan. **CLAUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA** - Por efectos de este contrato EL CONTRATISTA se obliga a: 1. A prestar los servicios definidos en la Cláusula "Primera" de este contrato; para ello se compromete a verificar los derechos de los afiliados a EMSSANAR ESS a través del documento de identidad del afiliado, en la base de datos de la organización disponible en línea en la página WEB de EMSSANAR ESS o en la base de datos entregada por Emssanar afectada por las novedades según BDUA; evitando así la suplantación y uso fraudulento de la afiliación. Cuando se encuentren errores en la base de datos confrontada con los documentos de identificación, EL CONTRATISTA hará conocer a EMSSANAR ESS esta novedad para la debida actualización, a través del formato Anexo 1 de la Resolución 3047 de 2008 diligenciado de manera completa en forma obligatoria y adicionando documento de identificación del usuario digitalizado. Para el caso del Régimen Subsidiado, la atención de los recién nacidos hasta el primer año de edad, se hará conforme a las normas vigentes (Acuerdo 415 del 2009 Artículo 23 del Capítulo IV y Circular 024 del 2012). Los menores que no posean documento de identidad se identificarán con el carné de afiliación de sus padres y con el registro de nacido vivo hasta los treinta (30) primeros días de edad y en adelante con carné expedido por EMSSANAR ESS. Los servicios contratados deberán prestarse utilizando los recursos y tecnología idónea de manera diligente, eficaz, segura, racional y oportuna; sin ningún tipo de discriminación y en estricta observancia de las normas éticas del ejercicio de los profesionales de salud y en respeto a los derechos de los pacientes. 2.- Asegurar la prestación de los servicios contratados, partiendo de procesos de planeación integrales del **MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD** de atención con la adecuada disposición y organización de los recursos financieros, técnicos, tecnológicos y del talento humano necesarios para el cumplimiento de las actividades contratadas y de acuerdo con lo establecido por la normatividad vigente; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan al tiempo de la prestación de los servicios de salud. 3.- Asignar los servicios de consulta externa especializada a los niños y niñas y de apoyo diagnóstico a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos; según artículo 12 de la ley 1171 del 2007. 4. De acuerdo con la legislación vigente, diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado; permitiendo a EMSSANAR el acceso a la misma, siendo éste uno de los instrumentos válidos para la revisión y la auditoría de las acciones, de acuerdo a lo señalado en la Resolución 1995 de 1999 y la confrontación con las RIAS propuestas dentro del marco de PAIS, MIAS y del modelo de gestión del riesgo en salud. 5. Formular y/o suministrar los medicamentos contemplados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud. Si EL CONTRATISTA considera indispensable y pertinente la prescripción de medicamentos ambulatorios o intra hospitalarios, procedimientos, insumos o tecnología NO contenidos en el PBS; seguirá las instrucciones y requisitos según la norma vigente en especial la resolución 3951 del 2016 o las que modifiquen sustituyan o complementen. 6.- Es obligación de EL CONTRATISTA garantizar la dotación permanente de Pruebas rápidas para Tamizaje de VIH, sífilis y hepatitis B; Con alta

sensibilidad y especificidad para procesamiento en ámbitos o entornos diferentes al de las instituciones de salud. Disponibilidad de Kit para atención de emergencia obstétrica, Kit de profilaxis intraparto para VIH para madre y Kit de exposición de VIH para recién nacido, kit para atención de víctimas de violencia 7.- Para aquellos usuarios que requieran de servicios de una complejidad mayor o menor a la que EL CONTRATISTA posee y que aquí se contrata, se debe cumplir estrictamente con el proceso y operación del Sistema de Referencia y de Contra referencia, utilizando la red de servicios que ofrezca EMSSANAR ESS, la cual se encuentra publicada en la página WEB de EMSSANAR ESS y que EL CONTRATISTA declara conocer, articulando sus remisiones a los nodos de referencia y permitiendo la contrarreferencia de estos; todo ello con base en el cumplimiento de las normas legales vigentes al respecto y adoptando de los formatos para referencia y contra referencia establecidos en el artículo noveno de la resolución 4331 del 2012 y la respectiva información vía telefónica a EMSSANAR ESS. 8.- Disponer e implementar el manual o protocolo de referencia y contra-referencia, en concordancia con el del Contratante, descrito en el anexo: Manual Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud. 9.- Acatar las obligaciones y responsabilidades definidas por la normatividad vigente respecto al Sistema de Información en Salud del SGSSS; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan, en especial las requeridas en las Resoluciones 4700 de 2008 – 2463 del 2014, 4725 de 2011 – 783 del 2012, 4505 de 2012, 1552 de 2013, 256 del 2016, 123 del 2015, 247 de 2014, 2048 de 2015, 1393 de 2015, 255 de 2007, Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB, circular 056 del 2009, y en la Circular Conjunta 030 de 2013. Para efectos del cumplimiento del artículo 3 de la resolución 2048 del 2015 el CONTRATISTA y el CONTRATANTE deberán implementar en sus Sistemas de Información la inclusión de los códigos de diagnóstico para enfermedades Huérfanas en RIPS. Cumplir con criterios de veracidad y oportunidad con el reporte de información de los resultados de los indicadores de gestión del riesgo y demás que establezca el Ministerio de la Protección Social, que son necesarias para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las actividades y metas, en el marco de la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que hacen parte integral del presente contrato; los cuales pueden ser de reporte a la EPS y/o de cargue a la plataforma del MPS (SISPRO). 10.- La información reportada por El Contratista será verificada mensualmente por El Contratante, para lo cual El Contratista debe facilitar la información y la fuente que requiera el funcionario asignado por El Contratante. EL CONTRATISTA facilitará a EMSSANAR ESS la implementación de mecanismos que permitan la conectividad directa con el CONTRATISTA, de manera que se reduzcan los trámites administrativos; que de acuerdo al Decreto 4747 de 2007 y al Decreto Ley 019 de 2012 así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan, están bajo la responsabilidad de los involucrados y no del usuario. 11.- EL CONTRATISTA se obliga a reportar a EMSSANAR, los indicadores de calidad sobre los tiempos de autorización y/o realización de algunos procedimientos; reglamentados por la Superintendencia Nacional de Salud con base en los Artículos 125 y 131 del Decreto 019 de 2012. 12.- Respecto al registro de procedimientos se utilizará únicamente la codificación CUPS y respecto al registro de medicamentos se utilizará la codificación PBS o el código CUM definido por la Resolución 255 de 2007; para el caso de paquetes integrales, procedimientos con tarifas diferenciales (casos excepcionales) que implican la creación de códigos propios, procedimientos o elementos sin codificación normativa vigente; se deberá reportar la codificación asignada por EMSSANAR ESS ó la codificación interna asignada por EL CONTRATISTA (no utilizar codificaciones derogadas como SOAT o ISS). 13.- LA IPS deberá estar identificada como UPGD ante el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA de acuerdo al decreto 3518 de 2006. En las enfermedades de interés en Salud Pública y los eventos centinela deberán ser reportados de acuerdo a los tiempos establecidos por INS al sistema de vigilancia SIVIGILA. Los eventos de notificación inmediata deberán ser informados al mismo tiempo a EMSSANAR ESS en la estructura de archivo plano emitida por SIVIGILA o adjuntando la ficha epidemiológica. La IPS debe garantizar los mecanismos orientados a la confirmación del diagnóstico en los casos de mortalidad sospechosa o asociada a un evento de interés en salud pública, a través de sus servicios o de la red que defina EMSSANAR EPS. Facilitar la información sobre notificación, clasificación, intervención y estudio de caso en los eventos de vigilancia epidemiológica al funcionario del Contratante. 14.- El CONTRATISTA entregará al CONTRATANTE el plano estructural de la resolución 4505 de 2012 y RIPS según Resolución 3374 del 2000 ajustado al Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud. La Información del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, será diligenciada en el software SIPAI, establecido por el MPS. En el caso de la información contable es obligatorio enviar a EMSSANAR ESS los estados de cartera cuando este lo solicite y expedir el correspondiente paz y salvo cuando las obligaciones sean satisfechas o concertadas mediante acta de saneamiento de deudas, liquidación del contrato o cualquier medio que ponga fin a las diferencias derivadas de la ejecución del contrato. 15.- Cumplir con las frecuencias de uso por grupo etario de las actividades y procedimientos concertados con El Contratante, en concordancia con los lineamientos establecidos en la resolución 3202 del 2016 y resolución 4505 de 2012 del Ministerio de salud y Protección Social, y los indicadores de impacto y seguimiento, que se verificarán con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) según el art. 11 de la Ley 1438/2011, los reportes de la resolución 4505 de 2012 y demás normas que lo adicionen o modifiquen. 16.- Prestar los servicios contratados de manera integral al afiliado derivando sus costos a las entidades responsables del pago de servicios de salud competentes de acuerdo con la Constitución Política, la ley y las normas legales reglamentarias. Los costos de atención de actividades contenidas en el PBS serán asumidos por EMSSANAR ESS y las NO contenidas en dicho plan, serán derivadas por EL CONTRATISTA a las entidades responsables del pago (Ente Territorial, SOAT, ECAT, etc.). 17.- Con base en las normas jurídicas vigentes, EL CONTRATISTA deberá implementar el Sistema de Garantía de Calidad de acuerdo a lo contratado; cumpliendo para ello, Con la Habilitación de sus servicios, con el PAMEC, con el proceso de referencia y contrarreferencia y programa de seguridad del paciente. Deberá definir y aplicar un sistema de información que permita el seguimiento,

evaluación y control de las actividades, procedimientos e intervenciones ejecutadas para la prestación de los servicios de salud contratados, así como medir y analizar oportunamente los indicadores pactados. 18-. Coordinar acciones de manera mancomunada con EMSSANAR ESS, para que el modelo de gestión del riesgo en salud propuesto, en el contexto de la implementación de las RIAS, obtengan los resultados esperados en el cumplimiento de los objetivos y metas; de acuerdo a la capacidad resolutoria y lo contratado en la Cláusula "Primera". 19-. Cobrar copagos y/o cuotas moderadoras en los casos establecidas en la ley tanto para el régimen subsidiado como Contributivo. Será obligación especial con relación a los copagos por parte de EL CONTRATISTA, llevar un registro de cobro de copagos en los tiempos definidos por las normas legales con el fin de soportar los procesos de auditoría a que haya lugar. Cuando el usuario no tenga capacidad de pago para cancelar el copago, éste será asumido por EMSSANAR ESS en los días y horas hábiles, en los días y horas no hábiles bastara con la autorización por parte de la oficina de atención al usuario del CONTRATISTA. 20-. Recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin dilaciones injustificadas las quejas o sugerencias de los usuarios que recaigan sobre la prestación de los servicios objeto de este contrato para lo cual deberá efectuar un registro consolidado de las quejas o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución o mejoramiento, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por EMSSANAR ESS, cuando a ello hubiere lugar. 21-. Permitir a EMSSANAR ESS practicar las auditorías médicas, la auditorías de calidad y las auditorías de cuenta, así como los seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos; pudiendo consultar los documentos necesarios para tal fin, incluyendo las historias clínicas, garantizando el manejo discrecional y reservado de la información. 22-. Asistir a la convocatoria hecha por EMSSANAR ESS para acordar el plan de mejoramiento como resultado de la evaluación de las actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo con la normatividad vigente en el Sistema de Fortalecimiento y Control de la Gestión. La evaluación y los compromisos quedarán consignados en el plan de mejoramiento, establecido entre las partes para optimizar la prestación del servicio; y en caso de incumplimiento se informará a las entidades de control para que tomen los correctivos e impongan si es el caso las sanciones pertinentes. 23-. Reportar de manera inmediata a EMSSANAR ESS, so pena de terminación unilateral del contrato, la toma de medidas de seguridad sobre las sanciones impuestas por las autoridades de salud y las de vigilancia y control. El Contratante verificará mensualmente en la página del Ministerio de Salud (<http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>) la vigencia de los servicios incluidos en el presente contrato, en caso de no encontrar algún servicio en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud este será inhabilitado del contrato sin previo aviso y el valor a pagar mes a mes será ajustado de acuerdo a lo efectivamente habilitado. 24-. Capacitar y socializar a los médicos adscritos o vinculados al CONTRATISTA, en los contenidos del Modelo de Gestión de Riesgo, Política de Atención Integral en Salud y Plan Obligatorio de Salud, manejo de los formatos de la Resolución 3047 y 4331 de 2012, para la prescripción de procedimientos debidamente codificados y justificados. A todo el personal vinculado con el CONTRATISTA, en la prestación de servicios le será socializado el presente contrato). Realizar de manera integral la ejecución de los programas de salud dirigidos a impactar positivamente las metas de salud pública (RIAS, PAI, IAMI integral con AIEPI y Atención al Menor de 10 Años, etc.) direccionando los costos a las entidades responsables del pago correspondientes según cobertura. 25-. Realizar según requerimientos de RIA la oportuna y pertinente referencia de pacientes con riesgos obstétricos y perinatales; pacientes con HTA y diabetes; pacientes para colposcopia, biopsia y mamografías anormales. Suministrar copia de la notificación al ente territorial y la información de seguimiento a la vigilancia epidemiológica sobre muertes maternas y perinatales de afiliados de su jurisdicción. 26-. Notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual según art. 21 de la ley 1438/2011. LA IPS debe identificar la población vulnerable con enfoque diferencial en historia clínica y garantizar la atención de acuerdo a la ruta establecida y la normatividad actual vigente. 27-. Comunicar dentro de un término prudencial, la ocurrencia de eventos adversos en el desarrollo de prácticas médicas asistenciales y administrativas, acaecidas en la Institución del CONTRATISTA, que afecten a usuarios de EMSSANAR ESS y realizar la gestión oportuna de mejora en el contexto del programa de seguridad del paciente, Una vez comunicado el evento se reunirán los equipos de auditoría de calidad para analizar el caso y tomar las decisiones al respecto. 28-. Suministrar, por escrito la dirección de correo electrónico destinada para recibir y revisar periódicamente el contenido de los mensajes enviados por parte del CONTRATANTE referidos a las glosas que se presenten en el ejercicio de la auditoría médica o información adicional (circulares, reportes etc.). 29-. Las tarifas pactadas en la "Cláusula Quinta Tarifas", deberán ser reportadas a nivel de detalle de cada factura y no en la sección de descuentos de cada factura o en la cuenta de cobro general; adicionalmente deberá tenerse en cuenta la normatividad vigente referente a sistemas de información (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS), ya que algunas estructuras no manejan cantidades, lo cual implica la discriminación de ítems individuales y en otros casos los ítems deben reportarse en archivos específicos. 30-. Para las atenciones ambulatorias de los afiliados al Régimen Contributivo, EL CONTRATISTA se obliga a recaudar el pago de cuotas moderadoras según la normatividad vigente, conforme al Decreto de Movilidad 3047 de 2013. Los recursos recaudados por cuotas moderadoras pertenecen a EL CONTRATANTE y se descuentan en el momento del pago sobre la facturación total entregada por EL CONTRATISTA (Los valores relacionados con el concepto en mención, NO se deben reflejar en RIPS y tampoco en la cuenta de cobro). Por lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga a presentar un informe mensual por usuario, sobre el monto recaudado por cuotas moderadoras, en el momento de la radicación de las facturas. 31-. Para las atenciones de afiliados al Régimen Contributivo, EL CONTRATISTA se obliga a expedir a través de sus profesionales médicos, certificaciones de incapacidad por enfermedad general, accidente de trabajo y enfermedad profesional, cumpliendo con los postulados legales y de ética profesional. 32-. Para los documentos de recibido por el usuario o familiar estos deberán venir

con nombre claro de quien lo recibe (No con Firma), número de identificación legible el cual deberá ser corroborado por el funcionario de la IPS y con huella digital. Para evitar suplantación o reclamación de medicamento o elementos médicos de pacientes fallecidos. **CLAUSULA TERCERA: OBLIGACIONES DE EMSSANAR ESS** - En virtud del acuerdo contenido en el presente contrato, EMSSANAR ESS se compromete para con EL CONTRATISTA a: 1-. Entregar a EL CONTRATISTA y a los usuarios por los medios descritos en las normas, la Red de Prestadores de Servicios de Salud contratada por EMSSANAR ESS; adicionalmente inscribir a EL CONTRATISTA como parte integrante de la misma y mantenerla actualizada con el fin de que pueda operar de manera diligente el sistema de referencia y contrarreferencia. 2-. Suministrar a EL CONTRATISTA y mantener actualizada en línea a través de la página WEB de EMSSANAR ESS, la base de datos que contenga el listado de personas afiliadas por EMSSANAR ESS y su afiliación a cada Régimen. 3-. Pagar a EL CONTRATISTA las sumas adeudadas por la prestación de servicios en el plazo y forma acordados en la Cláusula Séptima - "Forma de Pago" establecida en éste contrato. 4-. Efectuar la inspección vigilancia y control sobre la prestación de los servicios de salud y sobre la ejecución de este contrato, sin perjuicio de las funciones que en dicha materia puedan ejercer las autoridades competentes del ramo. 5-. Autorizar dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente, los servicios contenidos en el PBS del **MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD** de complejidad; constituyéndose como excepción, la atención inicial de urgencias y aquellos casos en que por acuerdo de voluntades se haya suprimido el requisito de la autorización. 6-. Entregar A EL CONTRATISTA: El modelo de atención en salud definido por la organización y el perfil demográfico de la población a atender; así como también el perfil epidemiológico de la población afiliada en el territorio, teniendo en cuenta las (10) diez primeras causas de consulta externa, urgencias y hospitalización; lo cuales se encuentran publicados en la página WEB de EMSSANAR ESS. 7-. Verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación y de suficiencia (capacidad instalada) del Contratista, que responda a los requerimientos normativos en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. 8. Realizar seguimiento al cumplimiento de los estándares de calidad definidos en la minuta contractual y que se encuentran ligados a incentivos, retenciones y/o descuentos según su nivel de cumplimiento; sean estos de reporte a la EPS y/o que se carguen a la Plataforma del MPS (SISPRO). 8-. Verificar la documentación e implementación de los protocolos y/o guías de manejo que haya adoptado, adaptado o aprobado El Contratista; en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. 9-. Suscribir conjuntamente con el Contratista planes de mejoramiento y verificar el cumplimiento de las metas concertadas. 10-. Realizar la verificación de la veracidad de la información reportada por El Contratista en el marco de las obligaciones definidas en el objeto contractual. 11-. Reportar a Super Salud los prestadores que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios **CLAUSULA CUARTA: DURACION** - El presente contrato tiene una duración de **11 Meses**, comprendidos entre el **1 de abril de 2017** y el **28 de febrero de 2018**. **CLAUSULA QUINTA: TARIFAS** - EMSSANAR ESS reconocerá a EL CONTRATISTA de acuerdo a la modalidad de **EVENTO**, los valores correspondientes a las tarifas pactadas según anexo tarifario. **PARAGRAFO PRIMERO** - El precio de los medicamentos e insumos regulados por el gobierno nacional a través de la normatividad vigente no podrá facturarse por encima de los valores allí establecidos. **PARAGRAFO SEGUNDO**. EL CONTRATISTA podrá facturar los valores concertados según anexo contractual. Las tarifas pueden ser evaluadas y/o ajustadas durante la vigencia contractual de ser necesario, previo acuerdo entre las partes. **PARAGRAFO TERCERO**. Si dentro de la vigencia contractual se solicitan servicios, o tecnologías, o insumos, reactivos no pactados en el listado anexo inicial, estos se cotizaran previamente a la prestación del servicio y una vez concertado se actualizara el anexo respectivo. **PARAGRAFO CUARTO** - Las tarifas acordadas por paquetes integrales de atención, incluye su valor y las actividades que contiene dicho paquete, las que se encuentran descritas en el anexo técnico de paquetes, concertado entre las partes. **CLAUSULA SEXTA: VALOR** - El valor del presente contrato es indeterminado, pero determinable, pues el mismo será el resultado de sumar la facturación de procedimientos contratados en la Cláusula Primera - "Objeto" de este documento. **PARAGRAFO PRIMERO** - Para efectos fiscales, las partes acuerdan establecer como valor del contrato la suma de **DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES M/C (\$ 240.000.000)**. Este valor no determina la firma de OTRO-SI cuando sea superado; ya que se trata de un valor fiscal para establecer un monto aproximado del contrato. **PARAGRAFO SEGUNDO** - Considerando los montos asignados por servicios con relación a los ingresos recibidos por concepto de UPC, se fija como monto de radicación (techo presupuestal mensual) la suma de **VEINTE Y UN MILLONES OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO OCHENTA Y DOS M/C (\$ 21.818.182)**. **CLAUSULA SEPTIMA: FORMA DE PAGO** - EMSSANAR ESS pagará a EL CONTRATISTA previa legalización de este contrato, presentación y tramitación de las respectivas cuentas de cobro; las cuales deberán cumplir los requisitos legales, administrativos y fiscales vigentes. Se debe tener en cuenta que el pago se efectuará según las normas legales vigentes. **PARAGRAFO PRIMERO** - EL CONTRATISTA deberá tener en cuenta que el período de **EVENTO** comprenderá del primero (1) al treinta (30) de cada mes durante el plazo de vigencia y prórrogas del respectivo contrato; y para la presentación de las cuentas de cobro deberá adjuntar: 1. Factura consolidada de la prestación de los servicios que cumplan lo previsto en la normatividad vigente, así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan. 2. Facturas individuales de venta consolidadas y desagregadas por centro de costos (urgencias, servicios ambulatorios, hospitalización y alto costo). 3. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de las actividades de Promoción, mantenimiento de la salud, materno perinatal, Recuperación, Medicamentos ambulatorios y hospitalarios realizadas en el respectivo período por cada contrato firmado; dicho registro debe garantizar los siguientes atributos: pertinencia en estructura, veracidad de los datos, concordancia con la cuenta de cobro, correspondencia con la definición, estructura, valores, referencia cruzada entre variables y características según lo reglamentado en la normatividad vigente en lo referente a los sistemas de información, así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o

sustituyan. 4. Con relación a los RIPS es importante tener en cuenta lo reglamentado en la Ley 1438 del 2011 Artículo 116 Sanciones por la no provisión de información. "Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de los prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación"; así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan. 5. Registro por persona (archivo plano) de las acciones de las RIAS de Promoción, mantenimiento de la salud y Materno perinatal y atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en el mes, según el anexo técnico de la Resolución 4505 de diciembre de 2012. 6. El proceso de vacunación será diligenciado en el software SIPAI. 9. Los indicadores de los hitos reportados al SISPRO del MPS. 7. Anexos por cada factura determinados por la Resolución 3047 de 2008; así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan. En los casos de la eliminación de autorizaciones por acuerdo de voluntades, EL CONTRATISTA, se obliga a soportar el servicio de salud, presentando además de lo normativo: la evolución, epicrisis, nota quirúrgica, etc.; según corresponda. 8.- Si existen facturas con Auditoría Previa Convenida, entonces se deberá anexar el "Formato de Auditoría Previa" con la respectiva firma y sello del Auditor Responsable. La auditoría previa realizada en las instituciones se hará sobre el registro clínico y los soportes que el auditor estime conveniente para dar el visto bueno a la facturación; situación que no limita la realización de glosa administrativa por base de datos (usuarios retirados o inactivos) al igual que la glosa por tarifa de actividades, procedimientos, medicamentos e insumos contractualmente pactados, efectuada en la sede administrativa de Emssanar de la ciudad de Pasto o Cali, por cuanto el profesional no cuenta con el sistema de información portátil, que permita validar estos datos al momento de la prestación de los servicios. **PARAGRAFO SEGUNDO** Cuando se trate de procedimiento, intervenciones y/o medicamentos NO PBS. Que normativamente permita a EMSSANAR ESS realizar el recobro o la presentación de la cuenta al ENTE TERRITORIAL. 1.- la factura debe identificar al ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL como responsable del pago, valor y cantidad del procedimiento o medicamento suministrado y la identificación del afiliado al cual se suministró el servicio. Cuando la factura o cuenta de cobro, incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: los servicios, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado. 2.- Los Eventos NO PBS, se pueden facturar de 2 maneras si son por CTC van por Ente Territorial y se gestiona Solicitud de Pago, según procedimiento establecido por cada departamento, pero si son por Tutela van a cargo de la EAPB y se gestiona Recobro. De acuerdo a la normatividad vigente y a los modelos escogidos por los entes territoriales 3.- Realizar por separado la Facturación PBS de la Facturación NO PBS. En donde por ningún motivo se aceptara que los insumos y medicamentos de Tecnologías NO PBS (como Procedimientos) vayan facturados en la Factura PBS, estos serán objeto de glosa no conciliable, puesto que por venir así no pueden ser objeto de recobro. 4.-Se recomienda agregar que en los casos de paquetes PBS contratados y que por algún motivo se hayan utilizado Tecnologías NO PBS, se adjunte el detallado valorizado de las Tecnologías NO PBS utilizadas, para que la EAPB pueda acceder al recobro de los mismos. 5.- Si por demoras en los procesos de conciliación a causa de dilatación del CONTRATISTA se afecta el proceso de recobro de prestaciones NO PBS, estas serán asumidas por la IPS descontando su valor de la facturación posterior. **PARAGRAFO TERCERO** - La recepción y radicación de la cuenta de cobro, estará condicionada al cumplimiento de los aspectos relacionados a continuación: 1. EMSSANAR ESS recibirá las cuentas de cobro generadas por EL CONTRATISTA desde el primero (01) hasta el diez (10) del mes inmediatamente siguiente al periodo de **EVENTO**. Las facturas presentadas deben corresponder a las atenciones generadas en el mes anterior; y en caso de encontrar facturas de servicios prestados durante el mes en curso, se podrá proceder a devolución de la factura correspondiente o a la glosa. Dichos documentos serán recibidos en las instalaciones de EMSSANAR ESS de la(s) ciudad(es) definida(s) según la Cláusula Décima Quinta - "Domicilio Contractual"; en los días y horas hábiles, teniendo en cuenta la jornada habitual de trabajo de las oficinas administrativas. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma; si EL CONTRATISTA presenta las cuentas de cobro fuera del plazo establecido, éstas se tramitarán en el periodo inmediatamente siguiente. 2. Teniendo en cuenta la normatividad vigente, así como las demás normas que la modifiquen, complementen y/o sustituyan; si la factura de medicamentos, intervenciones o procedimientos NO PBS, POR TUTELA, es enviada en un término superior a tres (3) meses y como consecuencia de ello, no es posible hacer el Recobro; el costo será asumido por EL CONTRATISTA. 3. DEVOLUCION DE CUENTAS: Será causal de devolución de las cuentas los siguientes casos: **A.** cuando en virtud de las actividades realizadas del presente contrato no se reporten códigos normativos vigentes (CUPS - códigos medicamentos PBS - códigos CUM) o códigos acordados contractualmente (paquetes - casos excepcionales de procedimientos con tarifas diferenciales -procedimientos y elementos sin codificación normativa vigente). **B.** Cuando no se reporten los números de autorización (si hubiere), en los respectivos Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), o no corresponda al servicio o prestador autorizado. En caso de vencimiento de la autorización esta será tramitada como glosa no conciliable. **C.** Facturación de servicios prestados en vigencias anteriores de contratos liquidados o con fecha de prestación mayor a 3 años al momento de la radicación en cumplimiento a las normas de caducidad y prescripción de los derechos de cobro. **D.** Facturación de servicios prestados durante el mes en curso. **E.** Ausencia de diagnósticos en los servicios de prestación registrados en RIPS y errores de consistencia y calidad de los mismos. **F.** Inclusión de facturas con servicios NO PBSUPC en la cuenta de cobro por servicios incluidos en el PBSUPC o facturación de servicios prestados a afiliados del régimen contributivo de EMSSANAR ESS en cuentas correspondiente al régimen subsidiado y viceversa, en el entendido que cada régimen cuenta con su propio contrato. **G.** Usuario o servicio corresponde a otro plan de beneficios o responsable de pago. **H.** Facturación NO PBSUPC para recobro (si aplicara a luz de la normatividad vigente) que no cuente con los soportes legales discriminados en la lista de chequeo

adjunta a este documento. I. Facturación previamente presentada por el prestador. J. Facturas y/o cuentas de cobro que no cumplan los requisitos normativos y contractuales. **PARAGRAFO:** En caso de devolución el prestador deberá hacer las correcciones dentro del tiempo de radicación estipulado en el presente contrato, en caso de exceder dicho tiempo las cuentas serán radicadas el primer día hábil del siguiente periodo de radicación. Por otra parte, no se permiten las modificaciones posteriores a la radicación de los RIPS; de esta manera las novedades se deberán incluir en el periodo inmediatamente siguiente. 4. Presentación de máximo tres (3) cuentas de cobro (agrupación de facturas) por cada mes de prestación de servicios y por cada contrato, en la cual se debe incluir de manera completa y correcta la razón social de EL CONTRATISTA; además de documentación anexa legible. 5. Con base en el Artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, EL CONTRATISTA se obliga a presentar la factura con los datos y en la estructura que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, y la DIAN; o los lineamientos técnicos y los estándares que sobre el particular expidan las dependencias técnicas del Ministerio (Viceministerio Técnico, Viceministerio de Salud o la Dirección General de Planeación y Análisis de Política). Según lo estipulado en la Circular Conjunta 030 de 2013, el número de una factura está conformado por dos partes: un prefijo (máximo seis(6) caracteres alfanuméricos opcionales) y la numeración como tal (caracteres numéricos obligatorios); por lo anterior y para garantizar el cruce de información reportada en dicha circular por parte de EMSSANAR ESS y EL CONTRATISTA que utiliza prefijos en la numeración de facturas; es necesario que en el campo "Numero de Factura" de todos los RIPS, se incluya un GUION que permita identificar claramente Prefijo (caracteres a la izquierda del guión) y Numero (caracteres a la derecha del guión). Facturas sin enmendaduras ni tachaduras. 6. Validación satisfactoria de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), en el aplicativo suministrado por el Ministerio de la Protección Social; para lo cual deberá anexar el pantallazo impreso de RIPS aprobados. 7. Validación satisfactoria de consistencia, valores y referencia cruzada entre variables de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el aplicativo interno manejado por EMSSANAR ESS. El Contratista está obligado a corregir en el mismo mes los errores de validación de los RIPS que El Contratante le reporte. 8. Todos los ajustes contables a las facturas se deben reflejar a nivel de RIPS; las notas crédito (ajuste por mayores valores debido a error de facturación o auditoría previa) deben registrarse en el campo "Descuento" del RIPS AF (Se entiende que no es un descuento real pero en la estructura actual de RIPS no existe otro campo que permita su manejo sin causar mayores inconvenientes); las notas débito (ajuste por menores valores debido a error de facturación o auditoría previa) implican re facturación; es decir la entidad debe anular la factura y generar una nueva por el monto correcto ó debe generar una factura adicional por el valor faltante. 9. Consistencia de la información registrada para cada persona en la ejecución de las actividades de de las acciones de la RIA de promoción, mantenimiento de la salud y la materno perinatal y atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento; según el anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012. 10. La baja calidad de información reportada por parte de EL CONTRATISTA de manera repetitiva, será objeto de ejecución de planes de mejoramiento. **PARAGRAFO CUARTO-** Una vez radicada la cuenta, EMSSANAR ESS procederá al pago teniendo en cuenta la normatividad vigente y el Parágrafo "Cuarto" de esta misma Cláusula. El resultado del proceso de Auditoría y el detalle de la glosa, será notificado a EL CONTRATISTA, en el formato establecido por EL CONTRATANTE; por su parte EL CONTRATISTA, deberá responder la aceptación parcial o total de las glosas; ya sea en el formato establecido por EMSSANAR o en un formato alterno propio de EL CONTRATISTA (Excel o Access), que como mínimo incluya los siguientes campos: Numero Radicado, Numero Cuenta Cobro, Numero Factura, Fecha Expedición Factura, Valor Total Factura, Tipo Documento Usuario, Numero Documento Usuario, Código Procedimiento, Descripción Procedimiento, Fecha Procedimiento, Valor Procedimiento, Código Glosa, Valor Glosado, Valor Glosa A Favor Ips (Valor No Aceptado por la IPS), Valor Glosa a Favor Eps (Valor Aceptado por la IPS) y Observaciones. En caso de NO ACEPTACIÓN de la glosa, EL CONTRATISTA informará de tal decisión a EMSSANAR ESS e inmediatamente, se procederá a reunir a los equipos auditores de las partes al comité compuesto por los responsables de Auditoría Médica de las partes; los equipos éste grupo de personas tomará una decisión conciliatoria definitiva que será consignada en un acta proforma de conciliación de glosa, anexa a este contrato. Las decisiones que adopte el comité de Auditoría Médica serán de obligatorio cumplimiento para las partes. En aquellos eventos en que existan glosas definitivas no conciliadas entre el contratante y el contratista, las partes acudirán a los mecanismos de conciliación legales previstos para la definición de las controversias ante la Superintendencia Nacional de Salud. **PARAGRAFO QUINTO.-** Si al momento de la auditoría de cuentas médicas, se detecta que un usuario se encuentra dentro del sistema de información empresarial con novedad de retiro por ingreso a otra EPS y cuya fecha de afiliación fue anterior a la fecha de prestación del servicio autorizado por Emssanar, este será glosado sin derecho a objeción. Emssanar por su parte, para el caso de glosas por afiliación al régimen contributivo demostrara mediante consulta de periodos compensados en la página web del Fosyga y para el caso de glosas del régimen subsidiado soportara mediante consulta del estado actual de afiliación en la página del Fosyga señalando la fecha de afiliación. Lo anterior se fundamenta en el numeral 32.2 del artículo 32 de la ley 1438 de 2011 y el decreto 971 del 2011; por lo tanto será la IPS quien debe direccionar la factura de cobro a la EAPB donde se encuentre afiliado el usuario. **PARAGRAFO SEXTO -** Las partes acuerdan como periodo de pago convenido 90 días calendario, contados a partir de la radicación de la cuenta de cobro. **PARAGRAFO SEPTIMO -** De acuerdo a la normatividad vigente, así como las demás que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan; el NO-CUMPLIMIENTO de los requerimientos legales y normativos aquí señalados; será causal de terminación del contrato o motivo de la NO Renovación del mismo. **CLAUSULA OCTAVA: RESPONSABILIDAD LEGAL DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS- e INDEMNIDAD -** EL CONTRATISTA asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados a EMSSANAR ESS, la responsabilidad plena en materia patrimonial, extracontractual, penal y civil por la prestación del servicio de salud. Para efectos del presente contrato, EL CONTRATISTA desarrollara la prestación de los servicios de salud y la relación Médico-paciente-IPS, con plena autonomía técnico científica y administrativa; de esta

manera cualquier responsabilidad surgida en dicha relación será competencia de EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO PRIMERO** - EMSSANAR ESS no responderá por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA. Si por perjuicios causados a un afiliado remitido y/o atendido por EL CONTRATISTA, si EMSSANAR ESS fuese condenada judicialmente a responder o demandada en proceso judicial o extrajudicial, por responsabilidad medica derivada si y solo si del acto médico asistencial EL CONTRATISTA se obliga a asumir directamente la condena y responsabilidad por este concepto en materia patrimonial, civil y administrativa. Siempre y cuando se determine a EL CONTRATISTA la responsabilidad mediante sentencia judicial ejecutoriada. **PARAGRAFO SEGUNDO** - El CONTRATISTA se obliga a través del presente contrato a constituir y/o asumir el costo de suscripción póliza de "Responsabilidad Civil Medica por un valor asegurado no inferior a (800) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLV) por evento o siniestro, con una vigencia igual a la duración del contrato y dos (2) años más, a través una compañía de seguros legalmente establecida en el país, que garantice el pago de los perjuicios ocasionados por causas imputables al CONTRATISTA o su personal, que ampare tanto a EL, como A EMSSANAR ESS, cuando esta sea condenada al pago de indemnización alguna por dicha causa. En el evento que EMSSANAR ESS sea demandada judicialmente, ante la jurisdicción ordinaria o administrativa, se llamara en garantía a la aseguradora contratada por EL CONTRATISTA, para que responda por el valor asegurado, en caso que sea condenada. **PARAGRAFO TERCERO** - como quiera que exista una condena por Responsabilidad Civil mediante sentencia judicial ejecutoriada derivada del acto médico, con ocasión a los servicios contratados, no fuese posible el amparo de la póliza referida en el párrafo anterior, EL CONTRATISTA faculta a EMSSANAR ESS mediante el presente documento para ser cruces de cuentas con las facturas pendientes de pago presentadas, por el concepto de prestación de servicios, a efecto de compensar el pago a que ha sido condenada a EMSSANAR ESS. **PARAGRAFO CUARTO** - Si como consecuencia de una atención donde se evidencie la existencia de un EVENTO que por negligencia médica, fallas administrativas de EL CONTRATISTA, debidamente probada; los gastos que genere la atención por dicho evento serán asumidos por EL CONTRATISTA previa revisión entre las partes. En este sentido los gastos que se generan en las instalaciones del CONTRATISTA, estos no serán reconocidos por el CONTRATANTE y si son facturados serán objeto de glosa inconciliable; si los mismos por el contrario son prestados en otra institución, serán objeto de cobro de EL CONTRATANTE AL CONTRATISTA Y este último autorizara el cruce de cuentas en el periodo siguiente de pago al acta de conciliación. **PARAGRAFO QUINTO** EMSSANAR ESS no reconocerá el pago de terceras intervenciones relacionadas con una primera, ya sean derivadas de eventos adversos o complicaciones quirúrgicas según lo establecido en la normatividad vigente, resolución. **CLAUSULA NOVENA.- PROHIBICION DE CESION** - La normatividad vigente sobre la habilitación de EPS así como las demás normas que lo modifiquen, complementen y/o sustituyan, establece que no se permite la subcontratación de servicios; por lo tanto para el cumplimiento del objeto contractual, las partes no podrán ceder los derechos y obligaciones que adquieren por éste documento, a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo y escrito de la contraparte. **PARAGRAFO TRANSITORIO:** El CONTRATISTA, teniendo en cuenta el proceso de escisión en que se encuentra EMSSANAR ESS, acorde con los decretos 1702 de 2014 y 2353 de 2015, así como también de la Circular 008 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, faculta a ésta para que, una vez dicho ente de control lo autorice, pueda ceder su posición derivada de este contrato a favor de EMSSANAR S.A.S., o de la sociedad comercial que se constituya para el efecto. Así, la entidad cesionaria asumirá la posición contractual de EMSSANAR ESS, obligándose a cumplir, todas y cada, una de las obligaciones contractuales y ejerciendo, todos y cada uno, de los derechos pactados en este contrato previa entrega de los documentos de la nueva sociedad y verificación en las listas de control de lavados de activos y financiación del terrorismo. **CLAUSULA DECIMA: RELACION LABORAL** - EMSSANAR ESS no adquiere ningún tipo de relación laboral con EL CONTRATISTA ni con el personal que éste contrate para la ejecución de lo establecido en éste documento; por lo cual EL CONTRATISTA se compromete a pagar todos los derechos laborales relacionados con el personal que éste vincule para el desarrollo del mismo. En éste aspecto no existirá ningún tipo de solidaridad entre las partes. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CONTROVERSIAS CONTRACTUALES** - Las partes de este contrato acuerdan someter la solución de los eventuales conflictos o controversias que se susciten dentro de la ejecución del mismo, a un proceso de conciliación; en primera instancia un arreglo directo entre las partes en un término de 30 días, si no se llega a un acuerdo, se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con los requisitos y trámites exigidos por esa entidad. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: SUSPENSION TEMPORAL** - Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, las partes de común acuerdo podrán suspender la ejecución del contrato mediante la suscripción de un acta en la cual conste tal evento; el tiempo de suspensión no se tendrá en cuenta para los efectos del término de duración del contrato. **PARAGRAFO PRIMERO** - EMSSANAR ESS podrá efectuar la suspensión unilateral del contrato por justa causa, en caso de presentarse incumplimiento en la entrega de medicamentos e insumos o el cobro indebido de copagos. **PARAGRAFO SEGUNDO** - EL CONTRATISTA podrá suspender el servicio, previa notificación escrita a EMSSANAR ESS con ocho (8) días de antelación; si se presentara el incumplimiento en el pago de las facturas dentro de los 90 días calendario; siempre y cuando EMSSANAR ESS haya recibido los recursos respectivos. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO** - Serán causales de terminación del contrato: 1. El mutuo acuerdo. 2. La fuerza mayor o caso fortuito irreparable. 3. El cobro indebido de copagos y/o cuotas moderadoras de manera dolosa. 4. Cualquier sanción impuesta por parte de las Autoridades de Inspección, Vigilancia y Control a EL CONTRATISTA y que tenga que ver con hechos o actos que afecten la calidad del servicio médico. 5. No cumplimiento del objeto contractual. 6. Es causal de terminación unilateral del contrato por parte de EMSSANAR ESS, la no ejecución reiterativa de los planes de mejoramiento solicitados en debida forma (por escrito) a EL CONTRATISTA, sin que medie justa causa para dicha omisión. 7. El suministro de información fraudulenta y/o basada en documentos adulterados, caso en el cual las acciones serán puestas en conocimiento de las autoridades competentes. 8. Unilateralmente por cuenta de EL CONTRATISTA y/o EL CONTRATANTE,

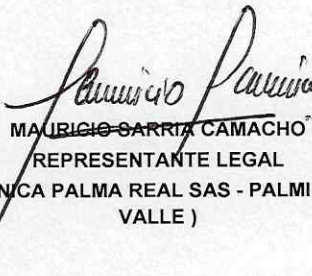
durante la vigencia inicial del presente contrato o de cualquiera de sus prórrogas, quien se acoja a ésta forma de terminación la anunciará al otro mediante comunicación escrita con una antelación no menor de 30 días calendario a la fecha de terminación deseada. Esta forma de terminación no genera indemnización a favor o a cargo ni de **EL CONTRATISTA** ni de **EL CONTRATANTE**. 9. Por incumplimiento de **EL CONTRATISTA** o **EL CONTRATANTE** de cualquier de sus obligaciones contractuales. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: CONTROL** - El Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Salud Departamental, o quienes estos deleguen; ejercerá la función de control, vigilancia, supervisión e interventoría sobre la ejecución de las actividades propias del objeto contractual; adicionalmente existirá lugar al control entre las partes, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente documento. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: DOMICILIO CONTRACTUAL** - Para efectos de este contrato, las partes del mismo establecen como domicilio el municipio de **CALI**; La facturación y demás comunicaciones que remita **EL CONTRATISTA** serán recibidas por **EMSSANAR ESS** en la(s) ciudad(es) de **Cali**. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: DOCUMENTOS CONTRACTUALES** - Son soportes de éste contrato y por lo tanto forman parte integrante de él, la normatividad que rige la materia, lo establecido en el Decreto 4747 de 2007 o las normas que modifiquen o complementen y adicionalmente lo siguiente: **PARAGRAFO PRIMERO - EL CONTRATISTA**: 1. Documentos solicitados en la CARTA DE CONTRATACION remitida por **EL CONTRATANTE**. **PARAGRAFO SEGUNDO - EMSSANAR ESS**: 1. Licencia de funcionamiento de **EMSSANAR ESS** entregada por la Superintendencia Nacional de Salud. 2. Plan de salud, modelo de gestión de riesgo en salud, indicadores de calidad, perfil epidemiológico y perfil demográfico; los cuales se encuentran actualizados en la página Web de **Emssanar**. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO** - El presente contrato se perfecciona con la firma de quienes intervienen en el mismo y la documentación completa estipulada en la Cláusula "Décima Sexta" del presente contrato. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: ACUERDOS ESCRITOS** - Las partes de este contrato, únicamente darán valor a los acuerdos contenidos en el presente documento y a los expresamente manifestados por escrito como modificaciones del mismo; en consecuencia los acuerdos verbales NO tendrán ninguna validez. **CLAUSULA NOVENA: LIQUIDACION DEL CONTRATO** - Una vez cumplido el plazo pactado entre las partes para la duración del contrato, este deberá ser liquidado de manera bilateral dentro de los CUATRO (4) meses siguientes a la fecha de terminación del mismo. La liquidación del contrato tendrá como objetivo, establecer el estado final del cumplimiento de las obligaciones de las partes y deberá constar siempre por escrito. **CLAUSULA VIGESIMA: AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**: El presente contrato está sujeto a los preceptos de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, con respecto al manejo de datos personales.

Este contrato se legaliza con las firmas de los representantes legales de las partes, en la ciudad de **CALI** el 1 de abril de 2017.

EL CONTRATANTE


CARLOS FAJARDO PABON
REPRESENTANTE LEGAL
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE
SALUD - EMSSANAR ESS

EL CONTRATISTA


MAURICIO BARRIA CAMACHO
REPRESENTANTE LEGAL
CLINICA PALMA REAL SAS - PALMIRA (VALLE)

REVIEWED
ALEXANDRA ACOSTA R.



**HOSPITAL "SAN RAFAEL" E. S. E.
NIT. 891.380.103-2
EL CERRITO - VALLE**

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL**

**ACUERDO 004
Abril 26 de 2012**

"El cual se modifica la Estructura orgánica y funcional del Hospital San Rafael Empresa Social del Estado de la Ciudad de Cerrito (Valle)."

La Junta Directiva del Hospital San Rafael E.S.E de Cerrito (Valle) en ejercicio de las facultades Legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

1. Que las Empresas Sociales del Estado Hospitales son entidades públicas, por lo cual se consideran Instituciones sin ánimo de lucro, tienen como finalidad además de la rentabilidad social y mantener un equilibrio financiero. Su principal objetivo es la producción de servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas.
2. Que la Ley 100 de 1993, exige a las ESE procesos de transformación institucional que les permitan ganar en oportunidad en la atención, satisfacción en general de las expectativas y necesidades de los usuarios y cuidado extremo de la eficiencia de sus procesos, eficiencia que busque la supervivencia en un medio, regulado y sometido a las leyes del mercado, siendo eficientes y garantizando un servicio humanizado, con calidad a quienes lo requieren.
3. Que acorde con el Decreto 1876 de 1994, las Empresas Sociales del Estado se organizan a partir de una estructura básica que incluye tres áreas: Área de dirección y gestión corporativa, área de atención al usuario y área de logística.
4. Que dicha estructura también está estipulada en los estatutos orgánicos de la institución.
5. Que mediante el Acuerdo 003 de Abril 26 del 2012 se hizo necesario crear el cargo de Jefe de Oficina Asesora en Calidad, lo cual requiere modificar la Estructura Orgánica de la E.S.E. Hospital San Rafael para legalizar la creación de dicho cargo.
6. Que el Hospital San Rafael amparada en el proceso de implementación del MECI y el sistema de gestión de la calidad, propone estructuras fundadas en los procesos, en la cual se definen las unidades funcionales de acuerdo con los servicios que presta la ESE.

Por lo anteriormente expuesto, la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital San Rafael,

ACUERDA

**Carrera 13 No. 11-51 Tel. (092) 2565290-2572083-2572420
Fax: 2565290 e-mails: hsracer@ert.com.co**



**HOSPITAL "SAN RAFAEL" E. S. E.
NIT. 891.380.103-2
EL CERRITO - VALLE**

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL**

**ACUERDO 004
Abril 26 de 2012**

ARTICULO PRIMERO : Modifíquese la Estructura Orgánica u Organigrama Funcional de la E.S.E. Hospital San Rafael de Cerrito (Valle), adoptando la nueva Estructura Orgánico funcional, estructura fundada en los procesos, en la cual se definen las unidades funcionales de acuerdo con los servicios que presta la ESE.

ARTICULO SEGUNDO: ESTRUCTURA ORGANICO-FUNCIONAL DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CERRITO - VALLE. Las Empresas Sociales del Estado se organizan a partir de una estructura básica que incluye tres áreas.

ÁREA DE DIRECCIÓN Y GESTIÓN CORPORATIVA: Esta área está conformada por la Junta Directiva y el Gerente, y tienen a su cargo: a) Mantener la unidad de objetivos e intereses de la Organización en torno a la misión y objetivos institucionales. b) Identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios. Determinar los mercados a atender. c) Definir un portafolio de servicios. d) Definir la estrategia del servicio. e) Asignar recursos. f) Adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional. g) Otras funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad. De acuerdo con el Decreto No. 1876 de 1994, la ESE Hospital por tener un presupuesto inferior a los 10.000 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, no está obligada a contar con los servicios del Revisor Fiscal.

Los Comités son grupos de personas que actúan colectivamente, pueden resultar de gran ayuda y contribuir en grado considerable a la buena marcha de la entidad. Los comités como instancias asesoras, son fundamentales para la adopción de decisiones importantes en la Empresa Social del Estado.

El Control Interno tiene como función medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de la entidad y asesorar a la Dirección para el cumplimiento de las metas y objetivos.

Corresponde a la oficina de control disciplinario interno y/o a los funcionarios con potestad disciplinaria en la entidad (Nivel Directivo), conocer de los asuntos disciplinarios contra los servidores públicos de las dependencias conforme lo estipula la Ley 734 del 2002.

La planeación fijara el curso concreto de acción que ha de seguirse, estableciendo los principios que habrán de orientar la ESE, la secuencia de operaciones para realizar la gestión y la determinación de tiempo y articulación en los números necesarios para su realización.

Calidad, se enfocara a que las propiedades y características de los servicios de salud que oferte la entidad, confieran la capacidad de satisfacer las necesidades de salud y expectativas del usuario, con las normas de calidad establecidas

ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO: La gestión Científica o asistencial coordinará el conjunto de unidades orgánico - funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud con sus respectivos procedimientos y actividades,

**Carrera 13 No. 11-51 Tel. (092) 2565290-2572083-2572420
Fax: 2565290 e-mails: hsracer@ert.com.co**



**HOSPITAL "SAN RAFAEL" E. S. E.
NIT. 891.380.103-2
EL CERRITO - VALLE**

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL**

**ACUERDO 004
Abril 26 de 2012**

incluyendo el apoyo y pertinencia en la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos para el efecto, las formas y características de la atención, y la dirección y prestación del servicio. En admisiones se ubican todos los procesos de Identificación del usuario, verificación de derechos de atención, apertura de historias clínicas, asignación de citas, asignación de cama hospitalaria, registro de referencia y contrareferencia, sistema de Información y Atención al Usuario entre otras. En los servicios asistenciales se ubican los procesos tendientes a garantizar y prestar servicios de salud orientados a atender al usuario con óptimas condiciones de calidad y eficiencia. Esta área incluye todos los servicios de consulta externa o ambulatorios, hospitalización, urgencias y cirugía.

ÁREA DE LOGÍSTICA: Comprende las unidades funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización, y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información necesarias para alcanzar y desarrollar los objetivos de la organización, y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

La Gestión Financiera: Se ejercerá sobre todos los procesos relacionados con Recursos Financieros, los cuales son los encargados de optimizar y racionalizar el manejo de los recursos en pos de tener una ESE con capacidad de prestar más y mejores servicios de salud.

La Gestión Administrativa coordinará todos los Servicios Administrativos, por lo tanto tendrá a su cargo la organización, funcionamiento y optimización de los recursos: Humanos, físicos y lógicos de la E.S.E. específicamente en tareas esenciales como la gestión del talento humano, la cual crea condiciones organizacionales y métodos por medio de los cuales, las personas puedan alcanzar mejor sus objetivos, encaminados al desarrollo personal y de la institución, la Administración de los recursos físicos y lógicos la cual consiste en garantizarle a la Institución el apoyo necesario para el cumplimiento de su misión, la administración de la información que comprende las acciones de recolección, crítica, análisis y suministro de información para la toma de decisiones y el direccionamiento de la empresa, garantizar la disponibilidad de los insumos necesarios para la prestación de servicios de Salud, utilizar mecanismos y herramientas de control necesarios para buscar la eficiencia en el manejo de los recursos, y además comprende los procesos relacionados con administración de bienes muebles e inmuebles y servicios generales, propiciando todo el apoyo necesario para el cabal cumplimiento de los planes y programas de la ESE.

PARÁGRAFO: Cada institución, dependiendo de su desarrollo y de acuerdo con las necesidades y requerimientos de los servicios que ofrezca definirá los ajustes y modificaciones de su estructura orgánica y proveerá los cargos que requiera para que la estructura sea funcional. (Ver Anexo de esta resolución la estructura orgánica y funcional de la ESE Hospital San Rafael Cerrito – Valle).

**Carrera 13 No. 11-51 Tel. (092) 2565290-2572083-2572420
Fax: 2565290 e-mails: hsracer@ert.com.co**



HOSPITAL "SAN RAFAEL" E. S. E.
NIT. 891.380.103-2
EL CERRITO - VALLE

JUNTA DIRECTIVA
DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL

ACUERDO 004
Abril 26 de 2012

ARTICULO TERCERO: VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la Ciudad de Cerrito el día veintiséis (26) de Abril del dos mil doce 2012.

Dr. MAURICIO MARTINEZ PRADO
Alcalde Municipal de Cerrito
Presidente Junta Directiva

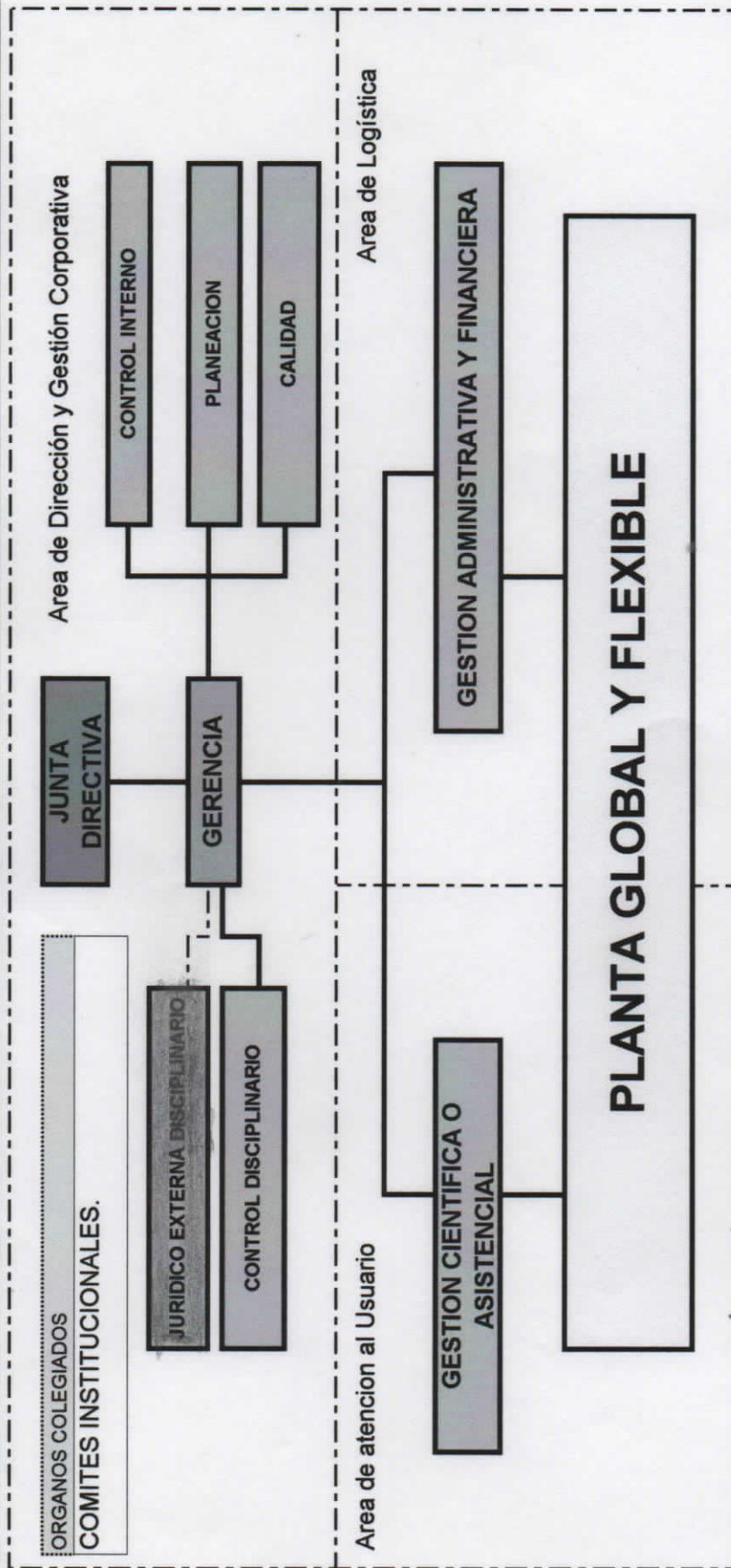
Carlos Martin Reyes R.
Dr. CARLOS MARTIN REYES R.
Gerente del Hospital San Rafael E.S.E.
Secretario Junta Directiva



HOSPITAL "SAN RAFAEL" E. S. E.
NIT. 891.380.103-2
EL CERRITO - VALLE

ANEXO ORGANIGRAMA

ORGANIGRAMA DELA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL ACUERDO 004 DEL 2012



[Signature]

Dr. MAURICIO MARTINEZ PRADO
Alcalde Municipal
PRESIDENTE

[Signature]

Dr. CARLOS MARTIN REYES R
Gerente ESE
SECRETARIO

4. ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS, celebró con la **CLINICA PALMA REAL SAS**, contrato de prestación de servicios de Contratos de prestación de servicios de salud del régimen subsidiado No 647-2ES170001 Y 647-2EC160001 vigentes para la fecha de los hechos de la demanda.
5. En virtud del citado contrato, la **CLINICA PALMA REAL SAS** , adquirió el carácter de IPS adscrita a la red de prestatarios de EMSSANAR ESS.
6. De conformidad con la sentencia No CORTE SUPREMA DE JUSTICIA **SALA DE CASACIÓN CIVIL** Magistrado Ponente. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ **SC13925-2016 Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01** treinta de septiembre de dos mil dieciséis.

Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...)». (Art. 177)

Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.....” se torna imperiosa su vinculación.

7. Mediante demanda VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL , los DEMANDANTES JASMIN GUEVARA MOLINA y ANYELO STEVAN VELEZ , pretenden que la CLINICA PLAMA REAL SAS . reconozca y pague en su favor, perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, por la prestación del servicio médico asistencial recibido tanto en el **HOSPITAL SAN RAFAEL ESE** como en la **CLINICA PALMA REAL.** , según los hechos de la demanda.
8. Todas estas razones por las cuales está llamada a responder la EMSSANAR ESS como LLAMADO EN GARANTIA , siendo indispensable que se vincule al proceso con fundamento en la OBLIGACION prestacional con la parte demandante como claramente emerge de la historia clínica que obra como anexo de la demanda a la demanda.

PRETENSIONES:

De conformidad con lo expuesto en el acápite anterior , comedidamente solicito se vincule a EMSSANAR ESS como LLAMADO EN GARANTIA de la parte pasiva.

Como consecuencia de lo anterior y a partir de la admisión del presente llamamiento, se ruega suspender el trámite de la demanda por el término y para los fines de ley.

Se solicita de la manera más atenta, que en caso de que CLINICA PALMA REAL, a quien represento, fuere vencida en el proceso, condenar a la llamada en garantía, al pago de las cuantías que resultaren como concreción de las pretensiones de la demanda.

Comedidamente solicito al despacho efectuar la notificación del presente llamamiento en garantía a la o quien haga de sus veces.

Comedidamente solicito al despacho efectuar la notificación de la presente VINCULACION al REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD PROMOTORA DEL SERVICIO DE SALUD o quien haga de sus veces.

PRUEBAS:

INTERROGATORIO DE PARTE:

Que se efectuará verbalmente al representante legal de EMSSANAR ESS en la fecha y hora que para ello fije el despacho.

DOCUMENTALES (Que obran en el expediente)

1. HISTORIA CLINICA QUE OBRA COMO ANEXO DE LA DEMANDA
2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL

La JURISPRUDENCIA NACIONAL sobre el mismo aspecto señalo:

"De acuerdo a lo consagrado en los artículos 85 y 103 del Código General, y teniendo en cuenta las posibilidades que tienen los funcionarios judiciales de acudir a cualquiera de los medios antes referidos, no es dable que éstos, de manera automática, exijan la prueba de existencia y representación, e inadmitan por dicho requisito, sin que previamente hubiesen verificado que tal información no reposaba en ninguna de las bases de datos citadas o cualquier otra que la entidad encargada de su certificación lleve, porque ello lleva a imponer una carga a la parte, de la que la misma Ley le ha relevado." (CSJ ST2809-2017, 2 Mar. 2017, Rad. 2016-01279-01)».

DOCUMENTALES QUE SE ANEXAN

Contratos de prestación de servicios de salud del régimen subsidiado No 647-2ES170001 Y 647-2EC160001 vigentes para la fecha de los hechos de la demanda.

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

- Artículos 64 Y SS DEL CGP

COMPETENCIA.

Suya, señor juez, por cursar ante su despacho el proceso del que se desprende el presente llamamiento en Garantía.

NOTIFICACIONES:

- La suscrita recibirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la carrera 9 N° 9-49 oficina 502 Edificio Residencias Aristi de Cali. Tels: 880 13 54- 311 612 06 13. Y en mi correo electrónico notificaciones@vcastilloabogados.com.
- ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS ; la cual tiene su domicilio en la CALLE 11 A CARRERA 33 ESQUINA. PASTO-NARIÑO. Notificaciones Judiciales: gerenciageneral@emssanar.org.co (TOMADO DEL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL),

Del señor Juez, cordialmente

VANESSA CASTILLO VELASQUEZ

C.C. No. 66.855.547 DE CALI

T. P. No.87.266 DEL C. S. J.

.



CAMARA DE COMERCIO DE PASTO

ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S.

Fecha expedición: 2019/03/11 - 14:14:50 **** Recibo No. S001375842 **** Num. Operación. 01-ARIVERA-20190311-0040
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V

CODIGO DE VERIFICACIÓN sd5QX61sMM

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las inscripciones del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro y de la Economía Solidaria,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S.
SIGLA: EMSSANAR E.S.S.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 814000337-1
ADMINISTRACIÓN DIAN : PASTO
DOMICILIO : PASTO

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

INSCRIPCIÓN NO : S0008100
FECHA DE INSCRIPCIÓN : JULIO 22 DE 2014
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
FECHA DE RENOVACION DE LA INSCRIPCIÓN : MARZO 11 DE 2019
ACTIVO TOTAL : 429,134,710,025.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 11A CON CRA 33 ESQUINA
BARRIO : La Aurora
MUNICIPIO / DOMICILIO: 52001 - PASTO
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 7336030
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : gerenciageneral@emssanar.org.co

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 11 A CARRERA 33 ESQUINA BARRIO LA AURORA
MUNICIPIO : 52001 - PASTO
BARRIO : La Aurora
TELÉFONO 1 : 7336030
CORREO ELECTRÓNICO : gerenciageneral@emssanar.org.co

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR CERTIFICACION NÚMERO 1-2011-027904 DEL 19 DE ABRIL DE 2011 DE LA SUPERINTENDENCIAS SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1031 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 22 DE JULIO DE 2014, SE INSCRIBE : SE INSCRIBE LA ENTIDAD DENOMINADA ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S..

CERTIFICA - PERSONERÍA JURIDICA



Fecha expedición: 2019/03/11 - 14:14:50 Recibo No. S001375842 Num. Operación: 01-ARIVERA-20190311-0040
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V

CODIGO DE VERIFICACIÓN sds0x61sMM

QUE LA ENTIDAD SIN ANIMO DE LUORO OBTUVO SU PERSONERÍA JURÍDICA EL 23 DE DICIEMBRE DE 1994 BAJO EL NÚMERO 3880 OTORGADA POR SUPERINTENDENCIAS SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CERTIFICA - ESCISIONES

POR ESCRITURA PUBLICA NUMERO 456 DEL 14 DE FEBRERO DE 2019 DE LA NOTARÍA CUARTA DEL CIRCULO DE PASTO, REGISTRADO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL NUMERO 18975 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 08 DE MARZO DE 2019, SE DECRETO: ESCISION PARCIAL DE LA ENTIDAD ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR (EMSSANAR ESS) S0008100 A LA SOCIEDAD EMSSANAR SAS 169621.

SOCIEDAD ESCIDENTE O ESCINDIDA: ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR (EMSSANAR E.S.S.)
SOCIEDAD BENEFICIARIA: EMSSANAR S.A.S.

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO	PASTO	INSCRIPCION	FECHA
AC-006	20010831	ACTAS ASAMBLEA GENERAL	PASTO	RE03-1032	20140722
AC-10	20050218	ACTAS ASAMBLEA GENERAL	PASTO	RE03-1033	20140722
AC-12	20060330	ACTAS ASAMBLEA GENERAL	PASTO	RE03-1034	20140722
AC-23	20150326	ACTAS ASAMBLEA GENERAL	PASTO	RE03-1206	20150525
AC-23	20150326	ACTAS ASAMBLEA GENERAL	PASTO	RE03-1206	20150525
EP-456	20190214	NOTARIA CUARTA DEL CIRCULO	PASTO	RE03-2285	20190308

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: EMSSANAR ESS TENDRA COMO OBJETO EL PROMOVER EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL DE SUS ASOCIADOS Y DE MANERA ESPECIAL EL ORGANIZAR Y GARANTIZAR LA PRESTACIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON GESTIÓN DEL RIESGO Y ENFOQUE PREVENTIVO. ESPECIALMENTE LOS DEFINIDOS EN LOS REGIMENES DE SALUD CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, CUANDO LAS CONDICIONES LEGALES, ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y FINANCIERAS LO PERMITAN Y CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS CONTENIDOS EN LA CONSTITUCIÓN NACIONAL, LA LEY 100 DE 1993, LOS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS NORMAS QUE LOS MODIFIQUEN, COMPLEMENTEN O ADICIONEN. IGUALMENTE TENDRÁ COMO OBJETO SOCIAL EL PROMOVER Y ACOMPAÑAR PROCESOS DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA CON CRITERIOS DE AUTOGESTIÓN. EL OBJETO SOCIAL LO DESARROLLARÁ CON BASE EN UNA EFICIENTE ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS QUE EL ESTADO EN SUS DIFERENTES NIVELES DESTINE PARA TAL FIN, LOS APORTES DE LOS ASOCIADOS Y OTROS QUE LA ASOCIACIÓN PUEDA CAPTAR. LOS ALCANCES Y LÍMITE DE LOS SERVICIOS DE SALUD SERÁN LOS QUE ESTABLEZCAN LAS NORMAS LEGALES VIGENTES QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LOS QUE SE ESTABLEZCAN POR LA ASOCIACIÓN Y SUS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN. EN EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL, EMSSANAR ESS RESPETARÁ LA CULTURA, LOS VALORES, - DERECHOS, USOS Y COSTUMBRES DE TODOS LOS ASOCIADOS. ACTIVIDADES: PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL, EMSSANAR ESS, PODRÁ DESARROLLAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PRESTAR LOS SERVICIOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN, ORGANIZACIÓN, ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL CON ENFOQUE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. 2. PROMOVER LA AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, GARANTIZANDO LA LIBRE ELECCIÓN POR PARTE DEL AFILIADO EN SU ÁMBITO GEOGRÁFICO Y RÉGIMEN DE INFLUENCIA. 3. ADMINISTRAR EL RIESGO FINANCIERO, LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD, LA ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE GARANTICE EL ACCESO EFECTIVO, EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA REPRESENTACIÓN DEL AFILIADO ANTE LOS DEMÁS ACTORES SIN PERJUICIO DE LA AUTONOMÍA DEL USUARIO. 4. AFILIAR A LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE SUBSIDIOS, ASÍ COMO LA QUE PERTENEZCA AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, EN LOS TÉRMINOS FIJADOS POR LAS NORMAS VIGENTES. 5. ADMINISTRAR RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS, NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES E INTERNACIONALES Y LOS QUE APORTEN LOS ASOCIADOS CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A SU OBJETO SOCIAL. 6. INFORMAR AL BENEFICIARIO SOBRE AQUELLOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONTENIDO DE LOS PLANES DE BENEFICIOS EN LOS REGIMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD



CAMARA DE COMERCIO DE PASTO
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S.

Fecha expedición: 2019/03/11 - 14:14:50 **** Recibo No. S001375842 **** Num. Operación. 01-ARIVERA-20190311-0040
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V

CODIGO DE VERIFICACIÓN sd5QX61sMM

SOCIAL EN SALUD DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA INSCRIPCIÓN, REDES DE SERVICIOS CON QUE CUENTA, DEBERES Y DERECHOS, ASÍ COMO EL VALOR DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS QUE DEBE PAGAR. 7. ORGANIZAR Y GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS BENEFICIARIOS DE SUBSIDIOS, PREVISTOS EN LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD PARA LO CUAL ADELANTARÁ LOS PROCESOS DE AFILIACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN, ORGANIZACIÓN, CONTRATACIÓN DEL ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LOS PLANES DE BENEFICIOS EN CONDICIONES DE CALIDAD, ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS. 8. ASEGURAR LOS RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES SEÑALADAS EN LAS NORMAS VIGENTES. 9. ESTABLECER EL SISTEMA Y LA ESTRUCTURA DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DE LOS RECURSOS PROVENIENTES DEL SUBSIDIO LA DEMANDA. 10. FORMULAR Y ORGANIZAR ESTRATEGIAS DESTINADAS A PROTEGER LA SALUD DE SUS BENEFICIARIOS, QUE INCLUYA LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. 11. INFORMAR A LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO Y DEMÁS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES LAS IRREGULARIDADES QUE SE PRESENTEN EN LA OPERACIÓN-DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EN ESPECIAL AQUELLOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS PROCESOS DE IDENTIFICACIÓN, FOCALIZACIÓN, AFILIACIÓN Y CARNETIZACIÓN DE LOS AFILIADOS A LOS PLANES DE BENEFICIOS, INDEPENDIENTEMENTE DE LAS ACCIONES INTERNAS QUE SE ADELANTEN PARA ESTABLECER LAS RESPONSABILIDADES PERSONALES O INSTITUCIONALES Y PARA LA ADOPCIÓN DE LOS CORRECTIVOS CORRESPONDIENTES. 12. BUSCAR LA FINANCIACIÓN Y APOYO PARA LA EJECUCIÓN DE PROGRAMAS EN SALUD, ASÍ COMO OTROS ENCAMINADOS AL LOGRO DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL DE SUS ASOCIADOS EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA. 13. REALIZAR ESTUDIOS, INVESTIGACIONES - O PROGRAMAS Y EJECUTAR PROYECTOS CONTRATADOS POR ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS, NACIONALES O INTERNACIONALES, RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD SOCIAL Y-DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA.

CERTIFICA - ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL - GERENTE: COMPETEN AL GERENTE GENERAL DE LA ASOCIACIÓN MUTUAL LAS SIGUIENTES FUNCIONES: 1. EJECUTAR LAS POLÍTICAS Y DECISIONES TOMADAS POR LA ASAMBLEA GENERAL Y LA JUNTA DIRECTIVA. 2. DIRIGIR, COORDINAR Y CONTROLAR LA PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS, LAS RELACIONES INSTITUCIONALES, APOYO ADMINISTRATIVO Y EN GENERAL LAS TAREAS EJECUTIVAS DE LA ASOCIACIÓN. 3. SUPERVISAR DIARIAMENTE EL ESTADO DE CAJA Y BANCOS. 4. ORDENAR EL PAGO DE LOS GASTOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DE LA MUTUAL, DE ACUERDO CON LAS ATRIBUCIONES SEÑALADAS POR LA JUNTA DIRECTIVA Y EL PRESUPUESTO Y FIRMAR LOS CHEQUES GIRADOS CONJUNTAMENTE CON EL TESORERO. 5. EJERCER LA REPRESENTACIÓN LEGAL, JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL DE LA ASOCIACIÓN. 6. INFORMAR PERIÓDICAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA ACERCA DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN. 7. APLICAR LAS SANCIONES DISCIPLINARIAS QUE LE CORRESPONDAN COMO MÁXIMO SUPERIOR JERÁRQUICO Y LAS QUE EXPRESAMENTE LE DETERMINEN LOS REGLAMENTOS. 8. ORGANIZAR LOS DIVERSOS COMITÉS ESPECIALES PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA ASOCIACIÓN. 9. GESTIONAR Y REALIZAR NEGOCIACIÓN DE FINANCIAMIENTO EXTERNO Y PROGRAMAS DE COOPERACIÓN TÉCNICA CON PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA. 10. PROMOVER Y COORDINAR LA ELABORACIÓN DE LOS REGLAMENTOS MENCIONADOS EN ESTE ESTATUTO Y DE LOS DEMÁS QUE JUZGUE CONVENIENTES Y SOMETERLOS A ESTUDIO DE LA JUNTA DIRECTIVA Y UNA VEZ APROBADOS POR ESTA, CUMPLIRLOS Y HACERLOS CUMPLIR. 11. PROYECTAR EL PRESUPUESTO ANUAL, PRESENTARLO A ESTUDIO DE LA JUNTA DIRECTIVA Y CUANDO HAYA SIDO EXPEDIDO, EJECUTARLO DENTRO DE LAS POLÍTICAS SUPERIORES AL EFECTO. 12. MANTENER COMUNICACIÓN CON LOS ASOCIADOS, ATENDER LA INFORMACIÓN GENERAL QUE PRECISAN Y DARLES INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS Y DEMÁS DE LA ASOCIACIÓN MUTUAL, ASÍ COMO RECOGER LAS OPINIONES Y SUGERENCIAS QUE FORMULEN LOS ASOCIADOS. 13. NOMBRAR LOS EMPLEADOS EN ARMONÍA CON LA PLANTA DE PERSONAL Y LOS REGLAMENTOS DE LA MATERIA. 14. EVALUAR ANUALMENTE A TODO EL PERSONAL DE LA EMPRESA Y PRESENTAR EL RESPECTIVO INFORME A LA JUNTA DIRECTIVA. 15. CELEBRAR LOS CONTRATOS QUE REALICE LA MUTUAL Y SOLICITAR A LA JUNTA DIRECTIVA LA AUTORIZACIÓN RESPECTIVA CUANDO SU NATURALEZA O SU VALOR EXCEDAN EL MONTO SEÑALADO EN LOS ESTATUTOS. 16. GARANTIZAR Y RESPONDER POR LA OPORTUNA PRESENTACIÓN DE INFORMES LEGALES, ESTATUTARIOS Y OCASIONALES. 17. SÚPER VIGILAR EL MANEJO Y LA SEGURIDAD DE FONDOS, BIENES Y ARCHIVO. 18. SUSCRIBIR LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA. 19. PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL EL PROYECTO DE DISTRIBUCIÓN DE EXCEDENTES. 20. LAS DEMÁS PROPIAS DE LA GERENCIA O QUE LE ENCOMIENDE LA ASAMBLEA GENERAL O LA JUNTA DIRECTIVA.



CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES
CARGO
NOMBRE
LAGOS MENDOZA EDUARDO ALIRIO
IDENTIFICACION
CC 11,319,800

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES
CARGO
NOMBRE
ALVAREZ CASTAÑEDA EDILSON DE JESUS
IDENTIFICACION
CC 15,531,955

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES
CARGO
NOMBRE
RESTREPO VIDAL JOSE ANCIZAR
IDENTIFICACION
CC 16,254,761

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES
CARGO
NOMBRE
BARONA MEDINA MARIA DEIFILIA
IDENTIFICACION
CC 29,700,625

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES
CARGO
NOMBRE
ROSETO VILLEGAS RUTH DEL SOCORRO
IDENTIFICACION
CC 30,736,419

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES
CARGO
NOMBRE
NARVAEZ DELGADO FRANCISCO HERNANDO
IDENTIFICACION
CC 5,227,419

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES
CARGO
NOMBRE
PORTILLA LUIS MARINO
IDENTIFICACION
CC 5,236,713

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :



CAMARA DE COMERCIO DE PASTO
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S.

Fecha expedición: 2019/03/11 - 14:14:50 **** Recibo No. S001375842 **** Num. Operación. 01-ARIVERA-20190311-0040
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V

CODIGO DE VERIFICACIÓN sd5QX61sMM

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES	DELGADO VELASQUEZ GUILLERMO SIGIFREDO	CC 5,332,602

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES	CORDOBA GUTIERREZ YASMIN ALEYDA	CC 66,997,853

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES	GUAQUEZ CHASPARIZAN NELLY DEL CARMEN	CC 69,055,455

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
JUNTA DIRECTIVA PRINCIPALES	BENAVIDES PORTILLA DIEGO FERNANDO	CC 76,142,268

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTES	NARVAEZ COSTAIN MAURA ALEXANDRA	CC 1,004,439,117

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTES	REYES FERNANDO	CC 11,314,788

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTES	CASTAÑEDA HENAO RAUL ANTONIO	CC 14,575,012

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTES	VIVEROS MARTINEZ FLOR MARIA	CC 27,096,687



CODIGO DE VERIFICACIÓN s450X6t5MM

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTE	ORTIZ GARCES ROSMERY	CC 31,911,956	
POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTE	AYALA VIVEROS LIDIA	CC 34,599,101	
POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTE	RUEDA DE TERAN OLGA ELISA	CC 36,995,345	
POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTE	PALOMINO RESTREPO GLORIA ELENA	CC 38,865,237	
POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTE	BURBANO AREVALO ARTURO SERVELION	CC 5,248,917	
POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTE	CASTILLO RAMIREZ VIDAL SIMON	CC 5,316,166	
POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GRAL ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1045 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 14 DE AGOSTO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :			
CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	
JUNTA DIRECTIVA SUPLENTE	GONZALEZ HURTADO ARGEMIRO	CC 6,288,840	

CERTIFICA
REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR CERTIFICACION NÚMERO 1-2011-027904 DEL 19 DE ABRIL DE 2011 DE SUPERINTENDENCIAS SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1031 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 22 DE JULIO DE 2014, FUERON

**CAMARA DE COMERCIO DE PASTO**

ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S.

Fecha expedición: 2019/03/11 - 14:14:51 **** Recibo No. S001375842 **** Num. Operación. 01-ARIVERA-20190311-0040
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V

CODIGO DE VERIFICACIÓN sd5QX61sMM

NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	FAJARDO PABON CARLOS EDMUNDO	CC 12,965,810

CERTIFICA**REVISOR FISCAL - PRINCIPALES**

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 28 DE MARZO DE 2014 DE ASAMBLEA GENERAL DE DELEGADOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 1345 DEL LIBRO III DEL REGISTRO DE ENTIDADES DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA EL 02 DE MARZO DE 2016, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	OJEDA ENRIQUEZ EDGAR NECTARIO	CC 12,981,749	24503-T

IMPORTANTE

LA PERSONA JURIDICA DE QUE TRATA ESTE CERTIFICADO SE ENCUENTRA SUJETA A LA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS AUTORIDADES QUE EJERCEN ESTA FUNCION, POR LO TANTO DEBERA PRESENTAR ANTE LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE, EL CERTIFICADO DE REGISTRO RESPECTIVO, EXPEDIDO POR LA CAMARA DE COMERCIO, DENTRO DE LOS 10 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA DE INSCRIPCION, MAS EL TERMINO DE LA DISTANCIA CUANDO EL DOMICILIO DE LA PERSONA JURIDICA SIN ANIMO DE LUCRO QUE SE REGISTRA ES DIFERENTE AL DE LA CAMARA DE COMERCIO QUE LE CORRESPONDE. EN EL CASO DE REFORMAS ESTATUTARIAS ADEMAS SE ALLEGARA COPIA DE LOS ESTATUTOS. TODA AUTORIZACION, PERMISO, LICENCIA O RECONOCIMIENTO DE CARACTER OFICIAL, SE TRAMITARA CON POSTERIORIDAD A LA INSCRIPCION DE LAS PERSONAS JURIDICAS SIN ANIMO DE LUCRO EN LA RESPECTIVA CAMARA DE COMERCIO

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : \$5,800

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital de la CAMARA DE COMERCIO DE PASTO contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace <https://siipasto.confecamaras.co/cv.php> seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación sd5QX61sMM

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***



CODIGO DE VERIFICACIÓN sdsqx61sMM

ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S.
Fecha expedición: 2019/03/11 - 14:14:51 Recibo No. S001375842 **** Num. Operación. 01-ARIVERA-20190311-0040
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V



CAMARA DE COMERCIO DE PASTO

Rad. 76520310300320210000600 Respuesta a la reforma de la demanda [Ref. Jasmín Guevara Vs Clínica Palma Real]

Laura Restrepo Madrid <lrestrepo@restrepovilla.com>

Lun 25/10/2021 15:30

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Palmira <j03ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: VANESSA CASTILLO VELASQUEZ <notificaciones@vcastilloabogados.com>; andes.boada@sercoas.com <andes.boada@sercoas.com>; notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>

Medellín, 25 de octubre de 2021

Señores

Juzgado Tercero Civil del Circuito de Palmira

E. S. M.

Proceso	Verbal
Demandante:	Jasmin Guevara y Otros
Demandados:	Clínica Palma Real S.A.S. y otros
Radicado:	765203103003 2021 00006 00
Asunto:	Respuesta a la reforma de la demanda

Laura Restrepo Madrid, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43.626.317 de Medellín y abogada con tarjeta profesional No. 99.671 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita de la sociedad de servicios jurídicos **RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.**, apoderada de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.** (en adelante Chubb), de conformidad con el poder que obra en el expediente, por la presente me permito adjuntar escrito de respuesta a la reforma de la demanda y ratificación a la respuesta del llamamiento en garantía.

Copio el correo a las demás partes intervinientes en el proceso, cuyas direcciones electrónicas conozco.

Agradezco confirmar recepción.

Atentamente,

Restrepo & Villa
A B O G A D O S

Laura Restrepo Madrid
Cel. 311 321 82 10
lrestrepo@restrepovilla.com
www.restrepovilla.com

Medellín, 26 de octubre de 2021

Señores

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA, VALLE

E. S. D.

Proceso	Verbal
Demandante:	Jazmín Guevara Molina y otros
Demandado:	Clínica Palma Real S.A.S.
Radicado:	76520310300320210000600
Asunto:	Contestación a la reforma de la demanda

Laura Restrepo Madrid, abogada identificada con la C.C. No. 43.626.317, portadora de la T.P. 99.671 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita de la sociedad de servicios jurídicos RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S., apoderada judicial de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. (en adelante Chubb), de conformidad con el poder que ya obra en el expediente, por la presente me permito dar respuesta a la reforma de la demanda promovida por la señora Jazmín Guevara Molina y otros, en contra de la Clínica Palma Real S.A.S., admitida mediante auto del 14 de octubre de 2021, notificado mediante fijación en estados del día 15 del mismo mes y año, y ratificar la respuesta al llamamiento en garantía formulado por Clínica Palma Real S.A.S., en los siguientes términos:

SECCIÓN 1: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. A los hechos de la demanda

Al 1. Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb y a su asegurada, a mi poderdante no le consta que el día 20 de abril de 2017, Jasmin Guevara Molina haya asistido a control de promoción y prevención por supuestamente encontrarse en estado de embarazo a la I.P.S. Hospital San Rafael E.S.E., así como tampoco le consta a mi representada que en dicha I.P.S. se le haya diagnosticado embarazo de 11.5. semanas de gestación con fecha probable de parto el 04 de noviembre del 2017 para la señora Jasmin Guevara Molina, ni tampoco le consta a la parte que represento los controles que se le hayan realizado a la misma, ni los exámenes ni valoraciones que se le hayan ordenado. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso destacando que la carga de la prueba de las atenciones recibidas en el Hospital San Rafael E.S.E. se encuentra en cabeza de la parte demandante.

Al 2. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta que la señora Jasmin Guevara Molina haya asistido a valoración por psicología con la doctora Luz Marcela Chagueza el día 28 de abril de 2017, ni tampoco le consta a la parte que represento el diagnóstico que se hubiese podido dar a la señora Jasmin Guevara Molina.

Al 3. Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb y a su asegurada, a mi poderdante no le consta que a la señora Jasmin Guevara Molina el día 08 de mayo de 2017 se le haya tomado una ecografía ni los resultados de la misma, así como tampoco le consta a la

parte que represento que se haya ordenado ecografía en semana 11-14, y mucho menos le consta a mi representada quién haya realizado la supuesta ecografía.

Al 4. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y su asegurada, a mi poderdante no le consta que el 11 de mayo de 2017 la señora **Jasmin Guevara Molina** haya asistido a consulta con el especialista Dr. Alcardo Rodríguez Figueroa, ginecología y obstetricia, así como tampoco le consta a mi representada cuáles hayan sido las recomendaciones que hubiese podido emitir el especialista.

Al 5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y su asegurada, a mi poderdante no le consta que el 31 de mayo de 2017 se le haya tomado ecografía obstétrica a la señora **Jasmin Guevara Molina** por parte del Dr. Mario Alfredo Ospina Muñoz, ni tampoco las conclusiones a las que haya podido llegar el mismo.

Al 6. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento y a su Asegurada, a Chubb no le consta que el 8 de junio de 2017 la Dra. Karina Perdomo Zuñiga Nutricionista haya realizado valoración médica a la señora **Jasmin Guevara Molina** ni tampoco le consta el resultado de la misma.

Al 7. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta que el 24 de junio la señora **Jasmin Guevara Molina** haya consultado por urgencias al Hospital San Rafael E.S.E. del municipio del Cerrito por dolor abdominal versus amenaza de aborto, así como tampoco le consta a mi representada que **Jasmín Guevara Molina** haya sido valorada por la Dra. Eliana P. Reyes, médica y cirujana, ni tampoco le consta a mi poderdante que dicha médica haya remitido a la señora **Guevara Molina** a I.P.S. Maria Angel de Tulua.

Al 8. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y su asegurada, no le consta a mi representada que el 28 de julio de 2017 a las 15 horas se le realizara a la señora **Jasmin Guevara Molina** toma de ecografía obstétrica, así como tampoco se tiene conocimiento de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales se haya podido realizar tal procedimiento, ni tampoco le consta a mi poderdante quién haya podido tomar la supuesta ecografía ni informe alguno que haya podido resultar de la misma.

Al 9. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y su asegurada, no le consta a mi representada que el 5 de septiembre de 2017 a la señora **Jasmin Guevara Molina** se le hayan tomado laboratorios clínicos exámenes de sangre como Test de Glucosa O Sullivan anormales 92-156 alto.

Al 10. No le consta a mi poderdamente, por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y de su asegurada, que el día 9 de octubre de 2017 se le haya tomado a la señora **Jasmin Guevara Molina** exámenes de laboratorios *Curva de glicemia con carga de 100 MG*, ni los resultados de dichos exámenes.

Al 11. No le consta a mi poderdante, por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento y a su asegurada, que el día 10 de octubre de 2017 se le haya tomado a la señora **Jasmin Guevara Molina** una ecografía, ni tampoco le consta a mi representada quién haya podido realizarla, ni los resultados de la misma.

Al 12. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento y a su asegurada, a Chubb no le consta que el día 11 de octubre de 2017 la señora **Jasmin Guevara Molina** hubiese acudido al servicio de urgencias a la I.P.S. Hospital San Rafael E.S.E. del municipio del Cerrito Valle del Cauca, ni tampoco le consta a mi representada cuál haya sido el motivo de consulta ni el manejo que se le hubiese podido dar a la misma en la referida I.P.S.

Al 13. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento, a Chubb no le consta que el día 11 de octubre de 2017 a las 21 horas la señora **Jasmin Guevara Molina** haya ingresado al servicio de urgencias de la Clínica Palma Real de la Ciudad de Palmira Valle del Cauca, así como tampoco le constan las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales se haya dado tal ingreso. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se pruebe en el proceso, especialmente al contenido íntegro y estricto de la historia clínica de la señora **Guevara Molina** elaborada en la Clínica Palma Real, según el valor probatorio que le reconozca el Despacho.

Al 14. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, que el día 12 de octubre de 2017 a las 9:30 horas el Dr. Carlos Alberto Agudelo Bustamante Ginecología y Obstetricia haya evolucionado (*sic*) a la señora **Jasmin Guevara Molina** en la unidad de la Clínica Palma Real ni el diagnóstico y tratamiento que se le haya dado a la misma. Al respecto, Chubb se atiene al contenido íntegro y estricto de la historia clínica de la señora **Guevara Molina** elaborada en la Clínica Palma Real y a lo que se demuestre en el proceso.

Al 15. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, que el 12 de octubre de 2017 a las 16:04 horas se haya abierto folio para formulación de 2 tabletas de acetaminofén por parte del Dr. Carlos Alberto Agudelo Bustamante Ginecología y Obstetricia, sin embargo, según se lee de la Historia Clínica aportada por los demandantes, esto parecería ser cierto. Al respecto, Chubb se atiene a lo que obra en la Historia Clínica de la señora **Jasmin Guevara Molina** y a lo que se demuestre en el proceso.

Al 16. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, que el 12 de octubre de 2017 a las 16:22 horas haya habido informe por parte del ginecólogo y obstetricia Dr. Agudelo ni tampoco le consta a mi poderdante el contenido de tal informe. Al respecto, Chubb se atiene a al contenido íntegro y estricto de la historia clínica de la señora **Guevara Molina** elaborada en la Clínica Palma Real y a lo que se demuestre en el proceso.

Al 17. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se encontrara la señora **Jasmín Guevara Molina** desde las 16:22 horas del 12 de octubre de 2017 hasta el día 13 de octubre de 2017 a las 08:29 horas, así como tampoco le consta a mi representada cuál fue el manejo médico que se le pudo haber dado a la señora **Jasmin Guevara Molina**. Sin embargo del registro de enfermería de la Clínica Palma Real que obra en el expediente y hace parte de la historia clínica, se desprende que se realizaba seguimiento permanente a la condición de la señora **Jasmín Guevara Molina**, la cual, según consta en dicho registro, presentaba evolución satisfactoria y positiva en su condición de salud; solo en la nota de enfermería de las 6:00 am del 13 de octubre de 2017 se registra que la paciente refiere un dolor abdominal “bajito”, sin encontrarse ningún signo de complicación, como sangrado o ausencia de movimiento fetal. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se logre probar en el proceso.

Al 18. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, que el día 13 de octubre de 2017 a las 08:29 horas, haya sido valorada por el Dr Escobar Ocampo Eduardo José, de Ginecología y obstetricia, así como tampoco le consta a mi poderdante el diagnóstico y evolución de la paciente; sin embargo, de la historia clínica se desprende que ello es cierto.

Sin embargo, no es cierto que la paciente hubiese pasado toda la noche con cuadro severo y agudo de dolor abdominal. Ahora, de probarse que la señora **Guevara Molina** presentó dolor abdominal durante la noche, deberá tenerse en cuenta que no lo manifestó al personal médico que la atendió durante ese periodo, como consta en la historia clínica, y deberá ser evaluado por el Despacho para determinar si existió una culpa de la demandante.

Chubb se atiene a lo que obra en la Historia Clínica de la señora **Jasmin Guevara Molina** y a lo que se logre probar al interior del proceso por la parte demandante.

Al 19. Este numeral no contiene un hecho sino una referencia a la historia clínica de la señora **Jasmin Guevara Molina** y consideraciones subjetivas de su apoderado, sobre las cuales mi representada no está obligada a pronunciarse. Al respecto, Chubb se atiene al contenido íntegro y estricto de la Historia Clínica de conformidad con el valor probatorio que le sea reconocido en el proceso.

Al 20. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se encontraba la señora **Jasmin Guevara Molina** así como tampoco le consta el manejo médico y diagnóstico que para el 13 de octubre de 2017 se le haya dado a la misma. Al respecto, Chubb se atiene a lo que obra en la Historia Clínica de la señora **Jasmin Guevara Molina**, según el valor probatorio que le reconozca el Despacho, y a lo que se logre probar al interior del proceso.

Al 21. Este numeral no contiene un hecho sino una transcripción parcial de la historia clínica de la señora **Jasmin Guevara Molina** y su hija, a cuyo contenido íntegro y estricto se atiene Chubb de conformidad con el valor probatorio que le reconozca el Despacho.

Al 22. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, que el día 13 de octubre en nota quirúrgica del ginecólogo Dr. Escobar Ocampo Eduardo José se informara *“Recien nacido muerto con circular en cuello”* pero que en nota del pediatra Dr. Oliva Jaramillo Edwin Fernando a las 10:11 am se indicara que realiza maniobras de reanimación. Sin embargo, de la historia clínica de la señora **Jasmin Guevara Molina** pareciera ser cierto que el Dr. Escobar Ocampo Eduardo José haya referido en registro del 13 de octubre de 2017 a las 9:47 a.m. *“Recien nacido muerto con circular en cuello se entrega a neonatólogo de turno (...)”* y posteriormente el Dr. Oliva Jaramillo Edwin Fernando en registro de la misma fecha a las 10:11 a.m. haya referido que se realizó *“reanimación neonata avanzada”*, sin que pueda considerarse que existe contradicción entre las dos anotaciones, ya que el pediatra realiza el procedimiento de reanimación cardiopulmonar en el momento en que el feto es extraído y al no haber respuesta clínica a dichas maniobras de reanimación cardiopulmonar, se considera mortinato o feto muerto.

Al 23. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, el diagnóstico de la señora **Jasmin Guevara Molina** para el 13 de octubre de 2017, así como tampoco le consta a mi poderdante cuál era el diagnóstico de la misma para el periodo de control prenatal del embarazo. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se logre probar al interior del proceso.

Al 24. Este numeral no refiere un hecho sino consideraciones subjetivas del apoderado de la parte demandante, frente a las cuales Chubb no tiene el deber de pronunciarse. Los demandantes deberán probar la razón de sus afirmaciones.

Al 25. Por tratarse de consideraciones y valoraciones subjetivas del demandante y no de hechos como tal, Chubb no tiene el deber de pronunciarse al respecto. Los demandantes deberán probar la razón de sus imprecisas y generales afirmaciones.

Al 26. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb que en la hospitalización de la señora **Jasmin Guevara Molina** se observara que a pesar del diagnóstico del que fue remitida del Hospital San Rafael de Cerrito (preeclampsia) no haya habido monitoreo constante y continuo hacia la paciente y su bebé. No obstante, de los registros de enfermería que obran en el expediente del proceso se desprende un monitoreo constante y permanente a la señora **Jasmin Guevara Molina**. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se pruebe al interior del proceso.

Al 27. No contiene un hecho sino apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante sobre la historia clínica de la señora **Guevara Molina**, a cuyo texto íntegro y estricto se atiene Chubb, de conformidad con el valor probatorio que le reconozca el Despacho así como a la función que la ley le asigna a dicho documento.

Al 28. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb que como consecuencia de la pérdida del bebé se le hayan generado perjuicios de orden extrapatrimonial a los demandantes.

Al 29. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb las circunstancias personales de los demandantes antes y después de lo ocurrido.

Al 30. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb que a la fecha de radicación de la demanda, los demandantes no hayan sido indemnizados, así como tampoco le consta a mi poderdante que exista alguna obligación indemnizatoria en favor de los mismos.

II. Oposición a las pretensiones de la demanda

Actuando en nombre y representación de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.** me opongo expresamente a la prosperidad de todas las pretensiones declarativas y de condena formuladas en la demanda en contra de **Clínica Palma Real S.A.S.**, por no existir responsabilidad en cabeza de la entidad demandada por los hechos que se le imputan. En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho absolver a **Clínica Palma Real S.A.S.** de cualquier imputación de responsabilidad y, correlativamente, condenar a la parte demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen con ocasión del trámite del proceso.

En particular, me opongo a la prosperidad de las **pretensiones declarativas y de condena**, así:

A la PRIMERA. Me opongo a que se declare que existe responsabilidad civil extracontractual y solidaria en cabeza de la **Clínica Palma Real S.A.S.**, por los perjuicios que afirman haber sufrido los demandantes, ya que la historia clínica de la paciente **Jasmin Guevara Molina** da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demandada ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable que puedan dar lugar a responsabilidad civil por falla en el servicio médico y administrativo.

A la SEGUNDA. Me opongo a que se condene a la **Clínica Palma Real S.A.S.** al pago de los perjuicios que afirman haber sufrido los demandantes, toda vez que la **Clínica Palma Real S.A.S.** no es responsable por los perjuicios extrapatrimoniales de daño moral y pérdida de oportunidad que aducen los demandantes al no verificarse los elementos que estructuran la responsabilidad, aunado al hecho de que las sumas pretendidas por los demandantes exceden los criterios jurisprudenciales vigentes de la Corte Suprema de Justicia para casos semejantes al que aquí se discute.

Lo anterior en virtud de que la historia clínica que aportan los demandantes da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó a la señora **Jasmin Guevara Molina** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demanda ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable.

A la TERCERA. Me opongo a que sobre las anteriores sumas de dinero se reconozcan intereses moratorios desde la fecha de notificación de la presente demanda y hasta el día en que se verifique el pago de lo pretendido, pues la **Clínica Palma Real S.A.S.** no es responsable por los perjuicios que aducen haber sufrido los demandantes, en virtud de que, la historia clínica que aportan los mismos da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó a la señora **Jasmin Guevara Molina** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demandada ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable.

A la CUARTA. Me opongo a su prosperidad, pues **Clínica Palma Real S.A.S.** no es responsable por los perjuicios que aducen los demandantes, en virtud de que, la historia clínica que aportan los mismos da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención que se le brindó a la señora **Jasmín Guevara Molina** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demandada ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable, razón por la cual se deberá condenar en su lugar al demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen al interior del proceso.

III. Al juramento estimatorio

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, de manera expresa **objeto** la estimación de los perjuicios efectuada bajo juramento en la demanda, pues los perjuicios extrapatrimoniales allí estimados carecen de sustento probatorio solicitado o aportado por los actores. Por otro lado, se anota que la jurisprudencia ordinaria civil no ha reconocido la existencia de un perjuicio extrapatrimonial autónomo que se denomine “pérdida de la oportunidad”, a lo cual se agrega que en la demanda no se menciona ni se demuestra cuál habría sido la oportunidad que perdieron los demandantes, por la cual se les deba indemnizar. Por tanto, no hay lugar a la indemnización de este perjuicio.

IV. Defensas y excepciones

Obrando en nombre y representación de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, además de las que han sido formuladas al dar respuesta a los hechos de la demanda y de las que resulten probadas en el proceso, las cuales deberá declarar de oficio el Despacho de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del C.G.P., propongo desde ahora las siguientes defensas y excepciones:

1. Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa de la Asegurada Clínica Palma Real S.A.S.

La doctrina y la jurisprudencia nacionales e internacionales aceptan, de manera pacífica, que la gran mayoría de casos en los que se analiza la responsabilidad derivada de un acto médico corresponden a un tipo de responsabilidad de naturaleza subjetiva. Y esto es así, pues para que sea posible la imputación al agente de alguna responsabilidad civil o una responsabilidad del Estado, es indispensable la constatación, en su conducta, de una culpa relevante en la causación del resultado dañoso, correspondiente, en los casos de responsabilidad médica, en una falla médica imputable a los demandados. De esta manera, solo en casos excepcionalísimos se ha hablado de responsabilidad objetiva, y unos y otros dependen del marco obligacional aplicable al agente.

En efecto, en la mayoría de los casos, el prestador de servicios de salud debe responder por obligaciones de medios; y sólo en algunos ejemplos específicos y de excepción, como el de tratamientos estéticos, el marco obligacional del demandado corresponde al de obligaciones de resultado.

Ahora bien, cuando lo que se discute es la eventual responsabilidad subjetiva del agente, corresponde al demandante demostrar, con plena prueba, que el daño fue causado por una conducta negligente o culposa del demandado; siendo la responsabilidad médica un régimen en el que rige, como principio general el, de la culpa probada imputable al presuntamente responsable. Y éste es el principio que rige en el caso *sub judice*.

Por lo tanto, para que la parte demandada resulte responsable en este caso, es indispensable que la parte demandante logre acreditar una conducta culposa atribuible a cada uno de los demandados. Sin embargo, destacamos desde ya que, en el proceso de la referencia, tal prueba no será lograda por los demandantes, pues como se verá en el trámite del proceso la atención médica brindada a la señora **Jasmin Guevara Molina**, por parte del equipo de profesionales en salud de la **Clínica Palma Real S.A.S.**, fue ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención y a la *lex artis ad hoc* y por tanto, fue adecuada.

En efecto, es preciso recordar que el concepto de culpa comporta siempre un defecto de conducta concreto respecto a un modelo de conducta abstracto. De esta manera, para que la culpa sea atribuible al agente, corresponde a la parte demandante demostrar – con plena prueba- la desviación que separa la conducta concreta del demandado del modelo de conducta que la ley positiva asume como regla. Y esta demostración no será posible en el caso bajo análisis, pues la atención brindada a la señora **Jasmin Guevara Molina** fue diligente y cuidadosa.

Así pues, en lo que respecta al campo médico, se ha propuesto como definición de culpa médica aquella “*culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada lex artis o lex artis ad hoc*”¹. En el mismo sentido, La Corte Suprema de Justicia ha señalado que

“...fuera de la negligencia o imprudencia que todo hombre puede cometer; el médico no responde sino cuando, en consonancia con el estado de la ciencia o de acuerdo con las reglas consagradas por la práctica de su arte, tuvo la imprudencia, la falta de atención o la negligencia que le son imputables y que revelan un desconocimiento cierto de sus deberes”².

Ahora, si bien la *lex artis* corresponde a los criterios de conducta generales y abstractos dictados por una ciencia específica, ella debe analizarse teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso, de manera que el análisis asentado de la *lex artis* al supuesto concreto, nos sitúa en la conocida *lex artis ad hoc*³. De esta manera, exigir que la actuación del profesional médico se rija por la *lex artis ad hoc*, implica que el médico debe aplicar los conocimientos y protocolos de su ciencia al caso concreto, actuando en consideración a las particularidades del paciente; y este análisis es extrapolable al que debe hacer el juez, *a posteriori*, al momento de evaluar la diligencia de la conducta del profesional de la salud demandado. En consecuencia, la determinación de la idoneidad de la conducta del profesional de la medicina implica que se evalúe la efectiva y adecuada aplicación de las reglas y protocolos de la ciencia médica al caso concreto, y la consideración de las características particulares del cuadro clínico del paciente y de la evolución de éste.

En consecuencia, teniendo en cuenta que en el caso *sub judice* la atención brindada a la señora **Jasmin Guevara Molina** fue diligente, cuidadosa y en todo momento conforme con la *lex artis ad hoc*, la parte demandante no podrá acreditar culpa alguna imputable al cuerpo médico encargado de atender a la paciente, de manera que, al no contarse con uno de los elementos esenciales para que se estructure la responsabilidad imputable a la **Clínica Palma Real S.A.S.**, esto es la culpa, ninguna responsabilidad puede atribuirse a la asegurada y las pretensiones de la demanda deben despacharse desfavorablemente.

2. Ausencia de nexo de causalidad

Bien es sabido que uno de los elementos esenciales de la responsabilidad civil, sea contractual o extracontractual, es el nexo de causalidad, cuya demostración le corresponde a la parte demandante, según lo dispuesto en el art. 167 del C.G.P.

Ahora bien, el nexo de causalidad significa que debe poderse establecer que el daño alegado por los demandantes fue causado por la conducta u omisión del demandado. No obstante, en el caso que nos ocupa, no se ha probado que los perjuicios que los demandantes afirman haber sufrido se deban a la conducta de la **Clínica Palma Real S.A.S.**

En efecto, según los documentos que obran en el expediente, existen varios elementos que desdibujan de tajo la existencia de cualquier nexo de causalidad entre el actuar de la **Clínica Palma Real S.A.S.** y los perjuicios que aducen los demandantes, pues consta que la muerte del feto se produjo por el desprendimiento de la placenta, patología que no es previsible y frente a la cual el tratamiento y la atención que se le dio a la señora **Jasmin Guevara Molina** por parte de la **Clínica Palma Real S.A.S.** fue adecuado, oportuno y conforme con la *lex artis* y los protocolos aplicables.

¹ Fernández, José. Sistema de responsabilidad médica. Granada: Ed. Comares, 2002. p. 96. Asúa, Clara. Responsabilidad civil médica. Reglero, Fernando (Coord.) Tratado de responsabilidad civil, Tomo II. Navarra: Aranzadi, 2002. p. 984.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, Op.cit., p.116 ss, apoyada en la Sentencia de Casación francesa del 27 octubre de 1938.

³ Fernández, José. Op. cit., p. 249 ss. En similar sentido Santos Ballesteros, Jorge. Instituciones de responsabilidad civil. Bogotá: Javegraf, Tomo III, 2006. p. 295.

Se insiste, por tanto, que no hay nexo de causalidad entre la conducta que se le atribuye a la **Clínica Palma Real S.A.S.** y los perjuicios alegados por los demandantes, por lo cual, las pretensiones de la demanda se deben desestimar.

3. Improcedencia de la indemnización de la pérdida de la oportunidad por ausencia de sus elementos

Según la doctrina más autorizada en la materia¹,

“... hablamos de pérdida de una oportunidad cuando la víctima está en una situación en la que el hecho del agente le impide tener la posibilidad de que el azar le otorgue un beneficio o le evite un daño. Las condiciones están dadas de tal manera que es igualmente lógico y esperable que el beneficio se obtenga o no. la posibilidad existe y ya no es cuestión del paso del tiempo o de confluencia de otros factores, sino que falta que intervenga la causa esperada que desatará la expectativa”.

En el caso que nos ocupa no se determina ni mucho menos se prueba cuál es la oportunidad que perdieron los demandantes, por la cual haya lugar a la indemnización. Además, aun si se estima que esta consistió en la posibilidad de tener a un bebé sano, no puede concluirse que fuera lógico y esperable que **Jasmin Guevara Molina** hubiera podido tener a su bebé sin ningún tipo de complicación. Esto teniendo como referencia, entre otras cosas, la condición de preeclampsia que manifestaba la paciente según su historia clínica, así como tampoco puede concluirse que es lógico y esperable que la señora **Jasmin Guevara Molina** y su feto hubiesen podido recibir una mejor atención médica en otras instituciones, o que con ella, se hubiera podido evitar la muerte del feto.

Por otro lado, se desconoce el porcentaje de probabilidades que tenía la señora **Jasmin Guevara Molina** de dar a luz a su bebé vivo, sin ningún tipo de complicación, elemento esencial del perjuicio de pérdida de la oportunidad, donde el daño consiste en la pérdida de la oportunidad de obtener el beneficio².

En consecuencia, por falta de los elementos esenciales, debe desestimarse la pretensión subsidiaria de indemnización por pérdida de la oportunidad.

4. Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados.

De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”* de manera que, la carga de la prueba de los elementos que estructuran la responsabilidad - entre ellos el daño-, por regla general, recae en cabeza de la parte demandante, y la pretensión de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo. De esta manera, es la parte actora la que debe probar el daño que afirma haber sufrido, además de los demás elementos de la responsabilidad.

Adicionalmente, para que el daño sea indemnizable, debe ser cierto, directo y la parte que reclama su reparación debe probar no sólo su existencia, sino su cuantía y extensión.

En el presente caso, concluido el trámite probatorio del proceso, el Despacho podrá concluir que no se constatan los elementos del daño indemnizable, pues no existe prueba que permita acreditar la existencia y cuantía de los perjuicios patrimoniales cuya reparación se pretende, y los montos solicitados por concepto de los perjuicios de carácter extrapatrimonial superan las tarifas reconocidas por jurisprudencia reiterada de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

5. Excesiva e indebida solicitud de perjuicios extrapatrimoniales

La responsabilidad civil ha sido reconocida como la figura mediante la que se sitúa a la víctima en la misma posición o en la posición más semejante a la que se encontraba antes de la ocurrencia del hecho lesivo, a través de la imposición al agente de una obligación resarcitoria. No obstante, la responsabilidad civil no es un instrumento de enriquecimiento de la víctima, y por esto sólo se indemnizan los perjuicios efectivamente probados, y en las cuantías y extensiones correspondientes.

En este sentido, si se revisan las cuantías de los perjuicios extrapatrimoniales pretendidos por el demandante, se constata que superan, por mucho, los parámetros que ha establecido la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia para esos efectos en casos como el de la referencia, de la misma manera que se exceden los montos de indemnización reconocidos por la jurisprudencia contencioso administrativa para casos de afectaciones más graves, por lo que, aún si se lograra probar la existencia de esos perjuicios, de ninguna manera podrían reconocerse en las cuantías solicitadas en la demanda.

Finalmente, destacamos que no existe prueba de la pérdida de oportunidad; y, por tanto, de no acreditarse en el trámite probatorio del proceso, ninguna indemnización será procedente por esos rubros.

Así las cosas, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de uno de los elementos de la responsabilidad civil: el daño. En el remoto evento en el que se constate responsabilidad civil imputable al asegurado de **Chubb** en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de los mismos, con fundamento en la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

6. Improcedencia de una sentencia condenatoria

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos en este capítulo, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de los elementos de la Responsabilidad Civil el daño, la conducta culposa de los demandados y el nexo de causalidad.

En el remoto evento en el que se constate responsabilidad civil imputable a la **Clínica Palma Real S.AS.** en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

SECCIÓN 2: CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE LA CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.

Así mismo, reitero los términos de la respuesta al llamamiento en garantía que la Clínica Palma Real S.A.S. formuló frente a Chubb Seguros Colombia S.A., así:

I. A los hechos del llamamiento en garantía.

Al 1. Es cierto que la Clínica Palma Real S.A.S. fue vinculada al proceso de la referencia como demandada.

Al 2. No es cierto como se narra. Al respecto, me permito aclarar que entre Sinergia Global en Salud S.A.S. como tomador y asegurado y Chubb Seguros Colombia S.A., como asegurador, se celebró un contrato de seguro de responsabilidad civil que se instrumentó en la póliza de responsabilidad civil profesional médica No. 12-42055, en donde figura **Clínica Palma Real S.A.S.** también como asegurada, vigente entre el 28 de septiembre de 2019 y el 27 de septiembre de 2020, la cual se renovó mediante la póliza 12-47346 vigente desde el 28 de septiembre de 2020 hasta el 27 de septiembre de 2021 cuyo valor asegurado tiene el límite de \$2.000.000.000, agregando que se pactó además un deducible del 10% mínimo COP \$50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

En cuanto al objeto del amparo contratado, Chubb se atiene al contenido de la póliza mencionada, en cuyas condiciones particulares se anota:

“Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas

“Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para

recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

"La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

"Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual."

Al 3. No es cierto como se narra. Al respecto se precisa que la vigencia de la póliza 12-47346 va hasta el 27 de septiembre de 2021 y se aclara lo siguiente:

- Tanto la póliza No. 12-42055 como la No. 12-47346 se contrataron según la modalidad de reclamación o claims made. Esto significa que alguna de estas pólizas se aplica siempre y cuando el reclamo se formule contra el asegurado *por primera vez* dentro del periodo de vigencia de ella, y los hechos hayan ocurrido dentro del mismo periodo de vigencia o dentro del periodo de retroactividad pactado.
- Se agrega que las pólizas en comento establecen lo siguiente en cuanto al periodo de retroactividad:
"Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A.
"Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad."
- La primera póliza de responsabilidad civil profesional médica que Sinergia Global en Salud S.A.S. contrató con Chubb es la identificada con el número 12-42055, cuya vigencia comenzó el 28 de septiembre de 2019.
- Para poder invocar una fecha de retroactividad anterior al 28 de septiembre de 2019 que permita afectar la póliza No. 12-42055 o la No. 12-47346, el asegurado debe demostrar que *"... tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad."*

Al 4. Este numeral no contiene un hecho sobre el cual mi representada deba pronunciarse, sino apreciaciones de la apoderada de la llamante en garantía.

Al 5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de actuación de Chubb, a esta no le consta que la **Clínica Palma Real S.A.S.** le haya conferido poder para Llamar en Garantía a la profesional del derecho Vanessa Castillo Velásquez.

II. A las pretensiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de **Chubb**, solicito al Despacho dar estricta aplicación al contrato de seguro celebrado entre **Sinergia Global en Salud S.A.S.** como tomador y asegurado, en calidad en la cual también se tiene como asegurado a la **Clínica Palma Real S.A.S.**, y **Chubb** como asegurador, instrumentado en la pólizas No. 12-47346 y 12-42055.

En consecuencia, en el remoto evento en que **Clínica Palma Real S.A.S.** llegare a ser condenada a indemnizar a los demandantes, solicito se observen los términos del contrato de seguro instrumentado en las pólizas No. 12-47346 y 12-42055, en relación con, solicito al Despacho tener en cuenta lo siguiente:

a. Las pólizas que sirven de fundamento al presente llamamiento en garantía, las normas legales (artículo 1127 a 1133 del Código de Comercio Colombiano) y los principios generales de los seguros de daños, describen de manera precisa los amparos, coberturas y límites dentro de los cuales operan la Pólizas No. 12-47346 y 12-42055 contratadas con **Chubb**. En consecuencia, le solicito, señor Juez, dar aplicación estricta a las definiciones y descripciones de amparos y coberturas antes mencionados.

b. Las pólizas de seguro que fundamentan este llamamiento en garantía y el Código de Comercio Colombiano, contemplan exclusiones convencionales y legales de la cobertura. En caso de encontrarse probado en el proceso un hecho que constituya una exclusión convencional o legal, solicito al Despacho declararla probada.

c. Las dos pólizas invocadas no pueden afectarse simultáneamente. Solo podría resultar eventualmente afectada la póliza No. 12-47346, por ser la que se encontraba vigente para la fecha en que se formuló por primera vez un reclamo frente al Asegurado, con la notificación del auto admisorio de la demanda.

Adicionalmente, solicito tener en cuenta que el llamamiento en garantía es el medio procesal dispuesto para el ejercicio de la pretensión revérsica, es decir, para exigir de otro el derecho legal o contractual “... *el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva...*”, de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del C. G. P. Por tanto, en caso de prosperar el llamamiento en garantía, no podría condenarse a **Chubb** a pagar directamente la indemnización a los demandantes, sino a reembolsarle a **Clínica Palma Real S.A.S.** lo que esta tenga que pagarles a los demandantes, por supuesto dentro de los términos y condiciones acordados en las pólizas No. 12- 47346 y 12-42055.

III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía.

Además de las defensas y excepciones planteadas al dar respuesta a los hechos del llamamiento en garantía y de las que resulten probadas en el proceso, que deben ser declaradas de oficio por el Despacho de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, propongo desde ahora las siguientes:

1. Ausencia de cobertura por el factor temporal de la Póliza No. 12-42055.

Se fundamenta este medio de defensa en las siguientes consideraciones:

1.1. El inciso primero del artículo 4 de la Ley 389 de 1997 introdujo en Colombia la cobertura por el sistema de reclamación o *claims made* en las pólizas de responsabilidad civil, al señalar que:

“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.” (negritas nuestras)

Al referirse a esta norma, el profesor Juan Manuel Díaz-Granados Ortiz⁷, explica:

“2.1. Modalidad de reclamación

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

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

1.2. En el caso que nos ocupa, como ya se anotó anteriormente, la Póliza No. 12-42055, una de las que fundamenta el llamamiento en garantía y donde Chubb es asegurador opera según el sistema de reclamación. En efecto:

En las condiciones generales de la póliza, bajo el acápite de Delimitación Temporal, se señala:

“DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las Reclamaciones presentadas por primera vez contra cualquier Asegurado durante el Periodo Contractual o el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la Reclamación deben ser posteriores a la Fecha de Retroactividad.”

Asimismo, en las condiciones particulares de la póliza, bajo el acápite de Condiciones Adicionales, se señala:

“La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.”

1.3. El período de vigencia de la póliza a la que venimos haciendo referencia está comprendido entre el 28 de septiembre de 2019 y el 27 de septiembre de 2020.

1.4. Ahora bien, en el caso que nos ocupa, el reclamo fue formulado por primera vez en contra del asegurado el **9 de febrero de 2021** cuando quedó notificada del auto admisorio de la demanda que dio lugar al proceso de la referencia, según consta en el expediente. Se desprende de lo anterior que la Póliza No. 12-42055 no estaba vigente cuando se formuló por primera vez el reclamo en contra del asegurado, por lo cual ninguna de las pretensiones del llamamiento en garantía se encuentran llamadas a prosperar frente a esa póliza.

2. Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas de las pólizas No. 12-47346 y 12-42055, por ausencia de responsabilidad imputable a la Clínica Palma Real S.A.S.

Las Pólizas de Responsabilidad Civil Médica No. 12-47346 y 12-42055 tienen por objeto el amparo de los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales, siempre que el reclamo en contra del asegurado se formule dentro del periodo de vigencia de la póliza y obedezca a hechos ocurridos dentro del período de retroactividad. En efecto, en las condiciones particulares de la póliza, se describe el riesgo así:

“Cobertura Básica

“Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas

“Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para

recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

“La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

“Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.”

Ahora bien, por acto médico erróneo, debemos entender “... cualquier Acto Médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Profesionales prestados por el Asegurado y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del Asegurado.” (Ver cláusula 26, literal b, de las condiciones generales de la póliza).

Partiendo de las anteriores definiciones de la póliza, debe advertirse que los hechos en que se fundamenta la demanda instaurada por los señores **Jasmin Guevara Molina** y **Anyelo Stevan Vélez Gamboa** en contra de la **Clínica Palma Real** no constituyen un siniestro cubierto bajo las pólizas mencionadas, por los siguientes motivos:

- a. A través de las pólizas en comento se pretende amparar únicamente los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por actos médicos durante la prestación de sus servicios profesionales.
- b. No obstante lo anterior, en el caso que nos ocupa, de los argumentos desarrollados por la **Clínica Palma Real S.A.S.** en su escrito de contestación a la demanda y de los documentos que obran en el proceso se deduce, sin duda alguna, que ninguno de los perjuicios que afirma haber sufrido el demandante y sus familiares, fue causado por las acciones u omisiones culposas de la **Clínica Palma Real S.A.S.**
- c. Por tanto, al no existir responsabilidad en cabeza de la **Clínica Palma Real S.A.S.** en calidad de asegurado, no se ha realizado el riesgo cubierto bajo la Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-42055 renovada mediante la Póliza No. 12- 47346 y por tanto, no ha nacido ninguna obligación en cabeza de la aseguradora que represento.

En conclusión, la Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-42055 renovada mediante la Póliza No. 12-47346 no se encuentra llamada a cubrir las pérdidas que han dado origen a la demanda instaurada por los señores **Jasmin Guevara Molina** y **Anyelo Stevan Vélez Gamboa**.

3. Modalidad de cobertura de reclamación con periodo de retroactividad

Tal como se mencionó anteriormente, la Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-47346, única que podría llegar a afectarse en este caso, opera según el sistema de reclamación y tiene un periodo acordado de retroactividad.

Esto se define con claridad en la cláusula 19 de las condiciones generales de la póliza, así:

“19. DELIMITACION TEMPORAL

“La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las Reclamaciones presentadas por primera vez contra cualquier Asegurado durante el Periodo Contractual o el Periodo

Adicional para Recibir Reclamaciones en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la Reclamación deben ser posteriores a la Fecha de Retroactividad.”

En el caso que nos ocupa, la póliza invocada (la No. 12-47346) estuvo vigente entre el 28 de septiembre de 2020 y el 27 de septiembre de 2021, habiendo comenzado la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb el 28 de septiembre de 2019 (la No. 12-42055), y cuenta con una fecha de retroactividad definida en los siguientes términos en las condiciones particulares:

“Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A.

“Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad.”

Lo anterior significa que, de probarse que el reclamo fue formulado por primera vez frente a la **Clínica Palma Real S.A.**, o que los hechos tuvieron lugar con anterioridad a la fecha de retroactividad establecida en la póliza y no se demuestre que la Clínica contaba con una póliza de responsabilidad médica bajo el esquema de reclamación y que esta le fue entregada a Chubb al momento de la suscripción, no habrá cobertura de los perjuicios reclamados en la demanda de la referencia por el factor temporal.

4. Valores asegurados y deducibles aplicables.

En el remoto evento de que llegue a considerarse que hay lugar a condenar a **Chubb** a reembolsarle a la **Clínica Palma Real S.A.S.** las sumas de dinero que esta deba pagarles a los demandantes, el Despacho deberá tener en cuenta las condiciones pactadas en la póliza invocada.

Ahora bien, en relación con el amparo básico de responsabilidad civil médica de la póliza No. 12-47346, deberá tenerse en cuenta que:

3.1. El valor asegurado por evento o pérdida bajo esta póliza es de \$2.000.000.000.

3.2. Resulta aplicable el deducible acordado para todos los eventos correspondiente al 10% del valor de la pérdida, mínimo \$50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos. Esto significa que, ante una eventual condena a la **Clínica Palma Real S.A.S.** donde además se le ordene a **Chubb** reembolsarle lo pagado a los demandantes, la entidad deberá asumir en cualquier caso una porción de la condena a título de deducible.

3.3. Deberán tenerse en cuenta además otros siniestros que hayan dado lugar a pagos por parte de **Chubb** con cargo a la misma vigencia de la póliza que se afecte con el presente reclamo, pues con ello se reduce la suma asegurada.

SECCIÓN 3: SOLICITUD DE PRUEBAS

Solicito respetuosamente al Juzgado decretar la práctica de las pruebas señaladas a continuación. Igualmente, manifiesto al Despacho que me reservo el derecho de intervenir en la práctica y contradicción de las pruebas solicitadas por las demás partes del proceso, así como en aquellas decretadas de oficio por el Despacho:

1. Interrogatorio de parte.

Solicito al Despacho citar en audiencia a efectos de absolver el interrogatorio de parte que les formularé en audiencia o por escrito a los demandantes.

2. Documental.

Aporto el documentos que contienen las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 12-42055 y No. 12- 47346, así como sus condiciones generales y particulares para que sea tenido como prueba en el proceso.

3. Ratificación de documentos.

Manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de todos los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, aportados por la parte demandante. En consecuencia, de conformidad con art. 262 del C.G.P., solicito respetuosamente al Despacho imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación.

Igualmente, manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, que sean aportados por la parte demandante en alguna futura oportunidad procesal, solicitándole respetuosamente, de conformidad con lo dispuesto en el ya citado artículo 262 del C.G.P., imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación.

4. Solicitud de pruebas de Clínica Palma Real S.A.S.

Solicito que también se decreten como pruebas de Chubb los testimonios solicitados en la contestación a la demanda por parte de Clínica Palma Real S.A.S.

SECCIÓN 4: ANEXOS

- El poder para actuar conferido por Chubb Seguros Colombia S.A. a la sociedad de servicios jurídicos Restrepo & Villa Abogados S.A.S.
- Certificado de existencia y representación legal de Chubb Seguros Colombia S.A.
- Certificado de existencia y representación legal de Restrepo & Villa Abogados S.A.S.
- Los documentos anunciados en el acápite de pruebas.

SECCIÓN 5: DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

Chubb Seguros Colombia S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71 – 21 Torre B, Piso 7, de la ciudad de Bogotá D.C.

La suscrita apoderada recibirá notificaciones en la Calle 18 B Sur No. 38 - 54, en Medellín, y en los correos electrónicos avilla@restrepovilla.com ; lrestrepo@restrepovilla.com y ctrujillo@restrepovilla.com

Atentamente,



Laura Restrepo Madrid

C.C. 43.626.317

T.P. 99.671 del C. S. de la J.

**RE: RADICACION CONTESTACIÓN REFORMA DE LA DEMANDA POR ALLIANZ SEGUROS
// PROCESO DE JASMIN GUEVARA Y OTROS VS CLINICA PALMA REAL// RAD 2021
00006 //LVHC**

Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Palmira <j03ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 05/11/2021 16:34

Para: notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>

Buena tarde

Se confirma recibido.

Atte.

Vanessa Hernández Marín
Secretaria

De: GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

Enviado: viernes, 5 de noviembre de 2021 15:28

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Palmira <j03ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co>; VANESSA CASTILLO VELASQUEZ <notificaciones@vcastilloabogados.com>; ANDRES BOADA <andres.boada@sercoas.com>; plazaalejandra14@gmail.com <plazaalejandra14@gmail.com>; molinalondonosonia77@gmail.com <molinalondonosonia77@gmail.com>

Cc: icaro <icaro@gha.com.co>; GHA C.A.D <cad@gha.com.co>; jhernandez <jhernandez@gha.com.co>

Asunto: RADICACION CONTESTACIÓN REFORMA DE LA DEMANDA POR ALLIANZ SEGUROS // PROCESO DE JASMIN GUEVARA Y OTROS VS CLINICA PALMA REAL// RAD 2021 00006 //LVHC

Señores

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

E. S. D.

PROCESO:	VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE MAYOR CUANTÍA
DEMANDANTE:	JASMÍN GUEVARA MOLINA Y OTRO
DEMANDADOS:	CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.
LLAMADO EN GARANTÍA:	ALLIANZ SEGUROS S.A.
RADICADO:	2021-0006

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, e identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la Avenida 6 A Bis # 35N – 100 – Centro Empresarial de Chipichape – Oficina 212 obrando en este proceso como apoderado especial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, conforme a poder otorgado en los términos del Decreto 806 de 2020, a través del presente acto procedo, en primer término a pronunciarme frente a la Reforma de la Demanda Declarativa de Responsabilidad Civil Extracontractual, promovida por **JASMÍN GUEVARA MOLINA Y OTROS** en contra **CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.**, y acto seguido a contestar el Llamamiento en Garantía formulado a mi procurada por parte de esta demandada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en

cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho.

Copio a todas las partes en los términos del Decreto 806 de 2020.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

El lun, 2 ago 2021 a las 14:56, GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS (<notificaciones@gha.com.co>) escribió:

Señores

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

E. S. D.

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE MAYOR CUANTÍA
DEMANDANTE: JASMÍN GUEVARA MOLINA Y OTRO
DEMANDADOS: CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.
LLAMADO EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A.
RADICADO: 2021-0006

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, e identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la Avenida 6 A Bis # 35N – 100 – Centro Empresarial de Chipichape – Oficina 212 obrando en este proceso como apoderado especial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, conforme a poder otorgado en los términos del Decreto 806 de 2020, a través del presente acto procedo, en primer término a pronunciarme frente a la Demanda Declarativa de Responsabilidad Civil Extracontractual, promovida por **JASMÍN GUEVARA MOLINA Y OTRO** en contra **CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.**, y acto seguido a contestar el Llamamiento en Garantía formulado a mi procurada por parte de esta demandada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho.

Copio a todas las partes en los términos del Decreto 806 de 2020.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

----- Forwarded message -----

De: **Notificacion Judiciales** <notificacionesjudiciales@allianz.co>

Date: jue, 15 jul 2021 a las 16:00

Subject: RADICACION PODER ESPECIAL CONFERIDO POR ALLIANZ SEGUROS JASMIN GUEVARA VS CLINICA PALMA REAL RAD 2021 00006

To: ljurado@gha.com.co <ljurado@gha.com.co>, notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>

Cc: gherrera@gha.com.co <gherrera@gha.com.co>

Dr. Gustavo Herrera.

Ha sido asignado por la compañía para defender sus intereses en el presente proceso, adjunto el poder a nombre de la Dra. Andrea Londoño.

Cordialmente,

Allianz Seguros S.A. | Gerencia Legal & Compliance | Carrera 13A No. 29-24, Bogotá, Colombia



Cuida el medio ambiente, no imprimas este email

ADVERTENCIA LEGAL

Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique mediante correo electrónico remitido a nuestra atención o a través de nuestros canales de contacto habilitados y proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo. Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el emisor no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no consintiese en la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.

PRIVILEGED AND CONFIDENTIAL

This message is intended exclusively for the person to whom it is addressed and contains privileged and confidential information protected from disclosure by law. If you are not the addressee indicated in this message, you should immediately delete it and any attachments and notify the sender by reply e-mail or by our contact channels enabled. In such case, you are hereby notified that any dissemination, distribution, copying or use of this message or any attachments, for any purpose, is strictly prohibited by law.

We hereby inform you, as addressee of this message, that e-mail and Internet do not guarantee the confidentiality, nor the completeness or proper reception of the messages sent and, thus, the sender does not assume any liability for those circumstances. Should you not agree to the use of e-mail or to communications via Internet, you are kindly requested to notify us immediately.

Señores

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA

E. S. D.

PROCESO:	VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE MAYOR CUANTÍA
DEMANDANTE:	JASMÍN GUEVARA MOLINA Y OTROS
DEMANDADOS:	CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.
LLAMADO EN GARANTÍA:	ALLIANZ SEGUROS S.A.
RADICADO:	2021-0006

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, e identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la Avenida 6 A Bis # 35N – 100 – Centro Empresarial de Chipichape – Oficina 212 obrando en este proceso como apoderado **ALLIANZ SEGUROS S.A.** a través del presente acto procedo, en primer término a pronunciarme frente a la Reforma de la Demanda Declarativa de Responsabilidad Civil Extracontractual, promovida por **JASMÍN GUEVARA MOLINA, ANYELO STEVAN VÉLEZ GAMBOA, SONIA MOLINA LONDOÑO Y MARÍA YENNY GAMBOA SÁNCHEZ** en contra **CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.**, y acto seguido a contestar el Llamamiento en Garantía formulado a mi procurada por parte de esta demandada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho 1. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Frente al hecho 2. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Frente al hecho 3. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Frente al hecho 4. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Frente al hecho 5. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Frente al hecho 6. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Frente al hecho 7. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Frente al hecho 8. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Frente al hecho 9. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara.

Adicionalmente, debe resaltarse que a la paciente se le tomaron los signos vitales, se le remitió con especialista en ginecología, se ingresó a hospitalización y se practicaron los exámenes de control, como se observa en las anotaciones siguientes de la historia clínica y en las notas de enfermería:

HORA:	11/10/2017 23:15	TÍTULO:	VALORACION MEDICA	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANÁLISIS-PLAN		
GESTATNE ES VALORADA POR LA DRA A RAMIREZ Y ORDENA . HOSPITALIZAR CON2. DIETA COMUN3. LEV PASAR A CHORRO SSN 500 C C + D 5 % SS LUEGO LEV PARA 8 HORAS SSN 500 CC4. CONTROL FCF5. TOMAR HEMOGRAMA. CREATININA. CREATINURIA. ACIDO URICO. PROTEINURIA ESPONTANEA. UROANALISIS. LDH Y SE CANALIZA VENAP ERIFERICA CON CATETER #18 EN MSI Y SE DEJA LEV AMANTENIMIENTO. POR EQUIPO BOMBA. SE TOMAM UESTRA DE ORINA CON SONTA NELATON 8 Y GUANTES 7.0			MEDINA MOLINA YANIRE DEL ROSARIO		

DIAGNOSTICOS

O13X HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA (HIE)

EXAMENES

ANÁLISIS

902209000 - HEMOGRAMA TIPO III HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE	NORMAL
903825002 - CREATININA EN ORINA ESPONTANEA	NORMAL
903825000 - CREATININA	NORMAL
903801001 - ACIDO URICO	NORMAL

LICENCIADO A: [CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

907107000 - UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	NORMAL
903863003 - PROTEINAS TOTALES EN ORINA (PROTEINURIA ESPONTANEA)	NORMAL
903828000 - DESHIDROGENASA LACTICA (LDH)	NORMAL
903866000 - TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA TGP ALT	NORMAL
903867000 - TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (TGO-AST)	NORMAKL
897011000 - MONITORIA FETAL ANTEPARTO	

Conforme de evidencia en los apartes de la historia clínica, la paciente presentaba Hipertensión Gestacional y, posteriormente, fue diagnosticada con preeclampsia. Esta patología es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones. ¹ De conformidad con la literatura médica, no existe forma segura de evitar la preeclampsia ² y puede generar complicaciones graves, como el ABRUPTIO O DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA.

Frente al hecho 14. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara. Sin perjuicio de ello, es preciso resaltar que del contenido de la historia clínica que obra en el expediente y que fue aportada por la Clínica Palma Real

¹ Preeclampsia. Mayo Clinic. Extraído de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>

² Preeclampsia. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000898.htm>

S.A.S. se desprende que efectivamente corresponde a una transcripción de una anotación de tal documento realizada por el ginecólogo Carlos Alberto Agudelo Bustamante.

Frente al hecho 15. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara. Sin perjuicio de ello, es preciso resaltar que del contenido de la historia clínica que obra en el expediente y que fue aportada por la Clínica Palma Real S.A.S. se desprende que efectivamente corresponde a una transcripción de una anotación de tal documento realizada por el ginecólogo Carlos Alberto Agudelo Bustamante.

Frente al hecho 16. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara. Sin perjuicio de ello, es preciso resaltar que del contenido de la historia clínica que obra en el expediente y que fue aportada por la Clínica Palma Real S.A.S. se desprende que efectivamente corresponde a una transcripción de una anotación de tal documento realizada por el ginecólogo Carlos Alberto Agudelo Bustamante.

Frente al hecho 17. No me constan ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho debido a que mí representada no tuvo intervención alguna en la atención médica que recibió la señora Jasmín Guevara. Sin perjuicio de ello, es preciso resaltar que del contenido de la historia clínica que obra en el expediente se desprende que esta afirmación NO es cierta. En efecto, en los registros de enfermería aportados por la Clínica demandada, se evidencia que la señora Jasmín Guevara estuvo en control constante por parte del cuerpo de enfermería, quienes, lógicamente estaban en contacto directo con los médicos generales y especialistas y que alertaban ante la presencia de cualquier anormalidad. Efectivamente se observan anotaciones que evidencian que la paciente estuvo en observación y se encontraba estable durante la noche del 12 de octubre de 2021 amanecer 13:

HORA:	12/10/2017 19:45	TÍTULO:	NOTA DE ENTREGA
SUBJETIVO-OBJETIVO			
ENTREGO PACIENTE EN SALA DE OBSTETRICIA, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON CONTROL DE SIGNOS VITALES, CON DX: G1P0 EG: 36.5 SEMANAS POR FUR VS 32.6 SEMANAS POR ECO CON THE??, CON LEV SSN 0.9% 500CC A MANTENIMIENTO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON FCF: 153XC', PACIENTE REFIERE SENTIR MOVIMIENTOS FETALES, PENDIENTE DOPPLER FETAL, SE DEJA PACIENTE CON BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS.			
HORA:	12/10/2017 20:00	TÍTULO:	RECIBO DE TURNO
SUBJETIVO-OBJETIVO			
RECIBO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIENTE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL			
HORA:	12/10/2017 23:00	TÍTULO:	EVOLUCION
SUBJETIVO-OBJETIVO			
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARADNAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD			
HORA:	13/10/2017 2:00	TÍTULO:	EVOLUCION
SUBJETIVO-OBJETIVO			
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARADNAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD			
HORA:	13/10/2017 5:56	TÍTULO:	ENTREGA DE TURNO
SUBJETIVO-OBJETIVO			
ENTREGO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIENTE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL			

Ahora bien, conforme a ese mismo registro, tan solo a las 6:00 am del 13 de octubre de 2017, se consignó la primera anotación asociada a la manifestación de dolor de la paciente:

HORA:	13/10/2017 6:00	TÍTULO:	RECIBO DE TURNO
SUBJETIVO-OBJETIVO			

Nombre reporte : HCRPRegistroEnfermeria

xrP:

LICENCIADO A: [CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

No Historia Clínica: 1193036442

Nombre Paciente:

J.

RECIBO GESTANTE DE 16 AÑOS DE EDAD, EN CAMILLA, POSICIÓN SEMI FOWLER, CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON Dx: G1 P0 + EMBARAZO DE 33.1 SEMANAS + RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO + TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??. PACIENTE QUE PRESENTA EPISODIO DE EMESIS, PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: ABDOMEN GLOBOSO POR ÚTERO EN GRAVIDEZ, PACIENTE REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, CON LEVE ACTIVIDAD UTERINA, REFIERE DOLOR "BAJITO", UBICÁNDOLO EN EL HIPOGASTRIO, GENITALES ÍNTEGROS, SIN SALIDA DE LÍQUIDO Y/O SANGRADO POR VAGINA. TIENE VENA CANALIZADA EN PLIEGUE DEL CODO IZQUIERDO CON CATETER # 18 CONECTADO A EQUIPO MACROGOTERO PASANDO SSN A MANTENIMIENTO, NO PRESENTA SIGNOS DE FLEBITIS O EXTRAVASACION EN SITIO DE PUNCION. MIEMBROS INFERIORES ÍNTEGROS Y SIN EDEMA. PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACIÓN Y BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS. PENDIENTE: ECO DOPPLER. CUPO RESERVADO EN LA UCI NEONATAL.

Todo lo expuesto, denota, de un lado, que NO es cierto que la paciente NO hubiese tenido supervisión durante toda la noche y, de otro, que tampoco es verdad que presentara dolor abdominal por tal período, como errada e infundadamente lo sostiene el apoderado de la parte actora. Y es que, se resalta que en la unidad de hospitalización se hallan médicos y enfermeras prestando atención las 24 horas del día, de manera que, si la paciente realmente hubiese presentado un fuerte dolor, así lo debía haber indicado a los profesionales, cuestión que no fue así.

Frente al hecho número 18. El apoderado de la parte actora realiza varias afirmaciones en este hecho que se contestarán de la siguiente manera:

- (i) En cuanto que la señora Jasmín Guevara presentó dolor abdominal durante toda la noche del 12 de octubre de 2017 y amanecer del 13, sin que se le prestara atención médica, se indica que, aunque no le consta de forma directa a mi representada, de la historia clínica y notas de enfermería que obran en expediente se desprende que ello NO es cierto. En estos documentos se observa que la señora Jasmín Guevara estuvo en control constante por parte del cuerpo de enfermería, el cual tenía contacto directo con los médicos generales y especialistas y alertaban ante la presencia de cualquier anomalía. Efectivamente se observan anotaciones que evidencian que la paciente se hallaba estable durante la noche del 12 de octubre de 2021 amanecer 13:

HORA:	12/10/2017 19:45	TÍTULO:	NOTA DE ENTREGA
SUBJETIVO-OBJETIVO			
ENTREGO PACIENTE EN SALA DE OBSTETRICIA, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON CONTROL DE SIGNOS VITALES, CON DX: G1P0 EG: 36.5 SEMANAS POR FUR VS 32.6 SEMANAS POR ECO CON THE??, CON LEV SSN 0.9% 500CC A MANTENIMIENTO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON FCF: 153XC', PACIENTE REFIERE SENTIR MOVIMIENTOS FETALES, PENDIENTE DOPPLER FETAL, SE DEJA PACIENTE CON BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS.			
HORA:	12/10/2017 20:00	TÍTULO:	RECIBO DE TURNO
SUBJETIVO-OBJETIVO			
RECIBO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIENTE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL			
HORA:	12/10/2017 23:00	TÍTULO:	EVOLUCION
SUBJETIVO-OBJETIVO			
GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD			
HORA:	13/10/2017 2:00	TÍTULO:	EVOLUCION
SUBJETIVO-OBJETIVO			

GESTANTE QUE PASA LA NOCHE TRANQUILA, DUERME INTERVALOS LARGOS, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN PREMONITORIOS, SIN PERDIDAS VAGINALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD			
HORA:	13/10/2017 5:56	TÍTULO:	ENTREGA DE TURNO
SUBJETIVO-OBJETIVO			
ENTREGO GESTANTE EN CAMA #4, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA CON DIAGNOSTICO G1P0 + EMBARAZO 36.5 SEMANAS X FUR Y 32.6 X ECO, CON LEV EPRMEABLES, CON MOVIMIENTOS FETALES, SIN ACTIVIDAD UTERINA, CON BARANDAS ELEVADAS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD. PENDIENTE ECO DOPPLER Y CON CUPO EN UCI NEONATAL			

Ahora bien, conforme a ese mismo registro, tan solo a las 6:00 am del 13 de octubre de 2017, se consignó la primera anotación asociada a la manifestación de dolor de la paciente:

HORA:	13/10/2017 6:00	TÍTULO:	RECIBO DE TURNO
SUBJETIVO-OBJETIVO			

Nombre reporte : HCRPRegistroEnfermeria

xrPz

LICENCIADO A: [CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

No Historia Clínica: 1193036442

Nombre Paciente:

J.

RECIBO GESTANTE DE 16 AÑOS DE EDAD, EN CAMILLA, POSICIÓN SEMI FOWLER, CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON Dx: G1 P0 + EMBARAZO DE 33.1 SEMANAS + RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO + TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??. PACIENTE QUE PRESENTA EPISODIO DE EMESIS, PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: ABDOMEN GLOBOSO POR ÚTERO EN GRAVIDEZ, PACIENTE REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, CON LEVE ACTIVIDAD UTERINA, REFIERE DOLOR "BAJITO", UBICÁNDOLO EN EL HIPOGASTRIO, GENITALES ÍNTEGROS, SIN SALIDA DE LÍQUIDO Y/O SANGRADO POR VAGINA. TIENE VENA CANALIZADA EN PLIEGUE DEL CODO IZQUIERDO CON CATETER # 18 CONECTADO A EQUIPO MACROGOTERO PASANDO SSN A MANTENIMIENTO, NO PRESENTA SIGNOS DE FLEBITIS O EXTRAVASACIÓN EN SITIO DE PUNCIÓN. MIEMBROS INFERIORES ÍNTEGROS Y SIN EDEMA. PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACIÓN Y BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS. PENDIENTE: ECO DOPPLER. CUPO RESERVADO EN LA UCI NEONATAL.

Todo lo expuesto, denota, de un lado, que NO es cierto que la paciente NO hubiese tenido supervisión durante toda la noche y, de otro, que tampoco es verdad que presentara dolor abdominal por tal período, como errada e infundadamente lo sostiene el apoderado de la parte actora. Y es que, se resalta que en la unidad de hospitalización se hallan médicos y enfermeras prestando atención las 24 horas del día, de manera que, si la paciente realmente hubiese presentado un fuerte dolor, así lo debía haber indicado a los profesionales, cuestión que no fue así.

- (i) En cuanto a que el día 13 de octubre de 2017 a las 8:28 am, la señora Jasmín Guevara fue valorada por el ginecólogo Eduardo José Escobar Ocampo, se indica que, aunque no le consta de forma directa a mí representada, así se desprende del contenido de la historia clínica:

EVOLUCION

PACIENTE DE 16 AÑOS, G1P0, EMBARAZO DE 33,1 SEMANAS CON THE A ESTUDIO Y RCIU VS FETO PEQUEÑO POR ECOGRAFIA OBSTETRICA REFIERE DOLOR ABDOMINAL INTENSO CON CEFALEA Y VISION BORROSA EN EL MOMENTO AL EXAMEN FISICO PACIENTE PALIDA SUDOROSA CON TA 141/91 MMHG CON UTERO HIPERTONICO SIN EVIDENCIA DE FCF POR LO CUAL SE TRASLADA A ECOGRAFIA SIN EVIDENCIA DE FCF EN RASTREO ECOGRAFICO CON CERVIX POSTERIOR LARGO Y CERRADO SE CONSIDERA CUIADRO DE PREECLAMPSIA SEVERA CON ABRUPTIO PLACENTA Y OBITO FETAL SE TRASLADA A CESAREA D EURGENCIA POR RIESGO ALTO DE COUVALIER CON NECESIDAD POSTERIOR DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL SE EXPLICA SITUACION A PACIENTE Y NO HAY FAMILIAR EN EL MOMENTO SE TRASLÑADA A QUIROFANO POR URGENCIA VITAL

Como se observa, en ese momento el especialista identificó la ocurrencia de un abrupcio de placenta. De conformidad con la literatura médica, este evento catastrófico NO PUEDE EVITARSE y corresponde una complicación de la PREECLAMPSIA:

Prevención

No puedes evitar el desprendimiento de la placenta, pero sí puedes disminuir ciertos factores de riesgo. Por ejemplo, no fumes ni consumas drogas ilegales, como cocaína. Si tienes presión arterial alta, controla esta afección junto con tu proveedor de atención médica. [...] ³

Aunado a ello, uno de los signos indicativos de esta complicación es el sangrado, cuestión que en este caso no se presentó, lo que denota que

³ Preeclampsia. Mayo Clinic. Extraído de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>

probablemente esta complicación ocurrió de manera súbita en la mañana del 13 de octubre de 2017:

Señales del desprendimiento prematuro de la placenta

Los síntomas más comunes son sangrado vaginal y contracciones dolorosas. La magnitud del sangrado depende de la cantidad de placenta que se haya desprendido. A veces, la sangre que se acumula cuando la placenta se desprende permanece entre la placenta y la pared uterina, por lo que puede que no se presente sangrado de la vagina.

- Si la separación es leve, es posible que se presente un sangrado ligero. También le puede dar cólicos o sentirse sensible en su abdomen.
- Si la separación es moderada, puede tener un sangrado más abundante. Los cólicos y el dolor abdominal serán más intensos.
- Si más de la mitad de la placenta se desprende, puede tener dolor abdominal y sangrado abundante. También puede tener contracciones. El bebé puede moverse más o menos de lo normal.

Si usted tiene alguno de estos síntomas durante su embarazo, coméntele al médico de inmediato.⁴ [...]

Finalmente, cabe además resaltar que tal complicación está asociada a un alto porcentaje de mortalidad fetal:

La mayoría de las pérdidas fetales se deben a la muerte intrauterina antes del ingreso, mientras que las muertes neonatales están principalmente relacionadas con la prematuridad. La tasa de mortalidad perinatal ocurre en un 20-35%. [...]⁵

Nótese entonces que este caso corresponde al de una complicación súbita inherente al embarazo, por lo que no es posible atribuir responsabilidad alguna para las entidades demandadas.

Frente al hecho número 19. No me consta de manera directa esta afirmación, pues mi representada no intervino en la atención médica que se describe. Sin perjuicio de ello, cabe

⁴ Desprendimiento prematuro de placenta. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000605.htm>

⁵ «*Abruptio placentae*»: morbilidad y resultados perinatales. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México, México. *Revista de Medicina e Investigación*. Volumen 3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-abruptio-placentae-morbilidad-resultados-perinatales-S2214310615000369>

referir que, de conformidad con los registros de enfermería la paciente solo describió dolor abdominal en la mañana del 13 de octubre, el cual se tornó interno a las 8:00 AM y, precisamente con ocasión de ello, fue valorada por especialista en ginecología que halló que se había presentado el evento catastrófico de abrupcio de placenta que finalmente generó la muerte del feto.

Frente al hecho número 20. No me consta de manera directa esta afirmación, pues mi representada no intervino en la atención médica que se describe. Sin perjuicio de ello, cabe referir que, de conformidad con la historia clínica que obra en el expediente se tiene que, ante los signos de alarma, se procedió a ingresar a la paciente a cirugía.

Frente al hecho número 21. No me consta de manera directa esta afirmación, pues mi representada no intervino en la atención médica que se describe. Sin perjuicio de ello, cabe referir que, de la historia clínica que obra en el expediente se desprende que la señora Jasmín Guevara presentó un abrupcio de placenta, evento que desencadenó el lamentable fallecimiento del neonato. Debe resaltarse que este evento catastrófico y súbito está asociado a un alto porcentaje de mortalidad fetal:

La mayoría de las pérdidas fetales se deben a la muerte intrauterina antes del ingreso, mientras que las muertes neonatales están principalmente relacionadas con la prematuridad. La tasa de mortalidad perinatal ocurre en un 20-35%. [...] ⁶

Frente al hecho número 22. No me consta de manera directa esta afirmación, pues mi representada no intervino en la atención médica que se describe. Sin perjuicio de ello, cabe referir que, al examinar la historia clínica que obra en el expediente se halla que no hay contradicción alguna entre las notas, pues el Pediatra efectuó el procedimiento de reanimación cardiopulmonar en el momento en que el feto pudo ser extraído por cesárea. Dado que no hay respuesta clínica a las maniobras de reanimación cardiopulmonar, se considera mortinato o feto muerto.

⁶ «*Abruptio placentae*»: morbilidad y resultados perinatales. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México, México. *Revista de Medicina e Investigación*. Volumen 3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-abruptio-placentae-morbimortalidad-resultados-perinatales-S2214310615000369>

Frente al hecho número 23. No me consta de manera directa esta afirmación, pues mi representada no intervino en la atención médica que se describe. Sin perjuicio de ello, se precisa que el apoderado realiza una afirmación infundada pues no aporta todos los reportes y controles que permitan comprobar y que soporten esta afirmación.

Frente al hecho número 24. No me consta de manera directa esta afirmación, pues mi representada no intervino en la atención médica que se describe. Sin perjuicio de ello, se precisa que el apoderado realiza una afirmación infundada pues no aporta todos los reportes y controles que permitan comprobar y que soporten esta afirmación.

Frente al hecho número 25. No es un hecho, sino una consideración subjetiva de la parte actora que carece de soporte probatorio. Nótese que el abogado pretende indicar que en la historia clínica se evidencian inconsistencias que generaron la muerte fetal, pero no explica a cuáles se refiere y mucho menos describe su relación con el lamentable suceso.

Frente al hecho número 26. No es un hecho, sino una consideración subjetiva de la parte actora que carece de soporte probatorio, pues ni siquiera se indica cuáles eran los procedimientos o monitoreos que debían realizarse y no se adelantaron. Contrario a lo que se afirma, como puede observarse en las anotaciones de enfermería, el cuerpo médico tenía en monitoreo constante la presión arterial de la paciente y precisamente con el fin de tratar este asunto fue dejada en hospitalización, lo que denota que la consideración de la parte actora no tiene asidero de ningún tipo.

Frente al hecho número 27. Esta es una consideración que no tiene razón de ser, pues pretende hacer ver un supuesto incumplimiento del consentimiento informado, cuando es evidente que en el caso que nos ocupa las complicaciones de la paciente están relacionadas con una patología orgánica y que NO tiene relación con procedimiento alguno que se le hubiese realizado.

Frente al hecho número 28. No me consta lo que se afirma en este hecho por tratarse de un asunto externo y ajeno a mi representada. Sin perjuicio de ello, no existe obligación indemnizatoria de la entidad demandada por ser claro que no concurren los elementos estructurales para deprecar responsabilidad civil médica por el lamentable fallecimiento del neonato.

Frente al hecho número 29. No me consta lo que se afirma en este hecho por tratarse de un asunto externo y ajeno a mi representada. Sin perjuicio de ello, no existe obligación indemnizatoria de la entidad demandada por ser claro que no concurren los elementos estructurales para deprecar responsabilidad civil médica por el lamentable fallecimiento del neonato.

Frente al hecho número 30. No me consta lo que se afirma en este hecho por tratarse de un asunto externo y ajeno a mi representada. Sin perjuicio de ello, no existe obligación indemnizatoria de la entidad demandada por ser claro que no concurren los elementos estructurales para deprecar responsabilidad civil médica por el lamentable fallecimiento del neonato.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, pues carecen de fundamentos de hecho y de derecho. En efecto, ninguna de las pretensiones podrá prosperar en contra de la demandada, toda vez que no concurren los elementos necesarios para predicar una responsabilidad civil.

Frente a la pretensión PRIMERA. Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, toda vez que la Clínica Palma Real S.A.S. no incurrió en negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos. Se resalta que en el expediente brillan por su ausencia los medios de prueba que den cuenta de una inadecuada praxis médica por parte de los galenos que atendieron que atendieron a la señora Jasmín Guevara y a su hijo. En efecto, es manifiesto que todas las atribuciones de falla médica se encuentran cimentadas sobre afirmaciones subjetivas de la parte actora, sin que se halle prueba técnica o científica que las respalde. En consecuencia, al no estar acreditada culpa resulta improcedente la solicitud de declaratoria de responsabilidad civil en contra de la demandada.

Frente a la pretensión SEGUNDA. Al ser claro que en el caso sub examine no concurren los elementos constitutivos necesarios para la declaratoria de responsabilidad civil, resulta

a todas luces improcedente pretender que se condene a la demandada. Sin perjuicio de ello, sobre las solicitudes que realiza la parte actora en este punto, debo indicar lo siguiente:

- (i) En cuanto al perjuicio moral, es preciso destacar que la solicitud realizada por los actores es claramente excesiva, por lo cual, de endilgarse algún tipo de responsabilidad a la demandada, es necesario que el señor Juez en virtud de su *arbitrum judicis*, valore específicamente los hechos y pruebas contenidas en este expediente para tasar lo relacionado a esta modalidad de perjuicio, por lo que considero pertinente realizar un breve recuento de los alcances de la noción y de las reglas aplicables a la valoración del daño moral.

En primer lugar, y como bien se sabe, la Corte Suprema de Justicia ha señalado que:

“el daño moral configura una típica especie de daño no patrimonial consistente en el quebranto de la interioridad subjetiva de la persona y, estricto sensu, de sus sentimientos y afectos...insustituibles e inherentes a la órbita más íntima del sujeto...por la afectación de otros bienes, derechos o intereses sean de contenido patrimonial o extrapatrimonial”⁷

En segundo lugar, y en cuanto a su tasación, es necesario resaltar que en Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre de 2018⁸, la Corte Suprema de Justicia, indicó de forma clara lo siguiente:

“[...] a falta de normativa explícita que determine la forma de cuantificar el daño moral, el precedente judicial del máximo órgano de la jurisdicción ordinaria tiene un cierto carácter vinculante, para cuya separación es menester que el juez ofrezca

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Bogotá D.C., 18 de septiembre de 2009, M.P. William Namén Vargas.

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Bogotá D.C. Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre de 2018, M.P. Margarita Cabello Blanco.

razones suficientes de su distanciamiento.” (Sub línea y negrilla fuera de texto).

Ahora, es de resaltar que la jurisdicción civil en su órgano de cierre, esto es, la sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha venido tomando como máximo rubro para las indemnizaciones por perjuicios extrapatrimoniales, un tope de \$60.000.000, para los padres, los hijos y el cónyuge, cuando ha ocurrido una muerte. Así mismo, respecto de las abuelas de la víctima, la Corte ha indicado en diferentes pronunciamientos que corresponde para los hermanos, abuelos y nietos, la mitad de lo reconocido para los padres, hijos y cónyuges, es decir la suma de \$30.000.000⁹. Por lo que se hace necesario, que el señor juez en el presente caso, pese a que tiene arbitrio judicial para impartir órdenes, tenga en cuenta los lineamientos jurídicos que ya se han establecido dentro de nuestro ordenamiento jurídico, desestimando la suma que pretende la parte actora por este concepto, teniendo en cuenta el tope máximo reconocido.

- (ii) En cuanto a la supuesta pérdida de oportunidad, debo indicar que los acontecimientos eventuales o hipotéticos no generan ningún tipo de responsabilidad, pues la certeza es una característica del daño indemnizable. En este punto, resulta pertinente traer a colación los criterios que la Corte Suprema ha desarrollado en su jurisprudencia para identificar la procedencia del reconocimiento de este perjuicio:

Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta Corporación refieren a: **(i)** Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la “chance” diluida debe ser seria, verídica, real y actual; **(ii)** Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización[...]; y **(iii)** La víctima debe encontrarse en una situación

⁹ Sentencia del 21 de febrero de 2018 de la Corte Suprema de Justicia, M.P. Dr. Margarita Cabello Blanco. Radicación No. 05736-31-89-001-2004-00042-01.

potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que [...] su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos.¹⁰

En el caso que nos ocupa, se tiene que el apoderado de la parte actora en el escrito de demanda sostiene que el proceder de las demandadas generó este perjuicio debido a que supuestamente, se arrebató al menor la pérdida de la oportunidad de haber sobrevivido, por una supuesta deficiente atención médica.

Al respecto, debe indicarse que, de entrada, no existe prueba alguna que acredite que el feto hubiese podido sobrevivir al abrupto de placenta que se presentó antes del parto, máxime si se tiene en cuenta que, en fetos prematuros, como en este caso, el riesgo de mortalidad ante la ocurrencia de este evento supera el 20%. Así, se tiene que olvida la parte demandante que para que se considere que se consumó una pérdida de oportunidad, la existencia del chance debe estar acreditada de forma suficiente, pues no es procedente indemnizar una mera expectativa; sin embargo, en el caso que nos ocupa, brillan por su ausencia los medios de prueba que acrediten este asunto.

Con todo, se limita la parte actora a anunciar la supuesta causación del perjuicio, omitiendo el cumplimiento de la carga procesal, según la cual debe acreditar la presencia de los supuestos fácticos y jurídicos necesarios que hagan viable el reconocimiento de la supuesta pérdida de oportunidad, que desde luego, es inexistente en el presente asunto.

Frente a la pretensión TERCERA. Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, habida cuenta de que al no estar acreditados los elementos que configuran responsabilidad civil en cabeza de la Clínica demandada, no existe obligación alguna que pueda generar intereses de mora, por cuanto la existencia o no de responsabilidad se encuentra en discusión. En todo caso, debe indicarse que el apoderado de la parte demandante de forma

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de junio de 2016. Rad: 2006-272. (M.P: Margarita Cabello Blanco)

equivocada establece que los intereses moratorios corren a partir de la notificación de la demanda, cuando en realidad los mismos sólo pueden configurarse una vez exista mora en el pago de una eventual condena que se encuentre en firme (artículo 1608 del Código Civil), de manera que sólo podrían computarse desde el momento en que se llegare a presentar un incumplimiento en el pago de una sentencia condenatoria ejecutoriada. Debe tenerse en cuenta que los intereses moratorios solo pueden cobrarse ante la presencia de una obligación clara, expresa y exigible, sin embargo, para el momento de la presentación de la demanda, se encuentra en discusión precisamente la existencia o no de una obligación, por lo que es a todas luces improcedente pretender que desde ese instante se configuren intereses moratorios.

Frente a la pretensión CUARTA. Me opongo y por el contrario solicito que se condene en costas y agencias a la parte demandante.

EXCEPCIONES FRENTE A LA RESPONSABILIDAD MÉDICA QUE SE PRETENDE ATRIBUIR

- **AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DEBIDO A QUE NO CONCURREN LOS ELEMENTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA QUE SE PRETENDE ATRIBUIR EN ESTE CASO**

La responsabilidad civil médica reviste caracteres especiales. En principio, se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, sin embargo, por su especialidad, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, se ha determinado de forma vehemente que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento. Ello, en razón a que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medio y no de resultado, de manera que solo puede configurarse una conducta reprochable a aquel si se prueba que no hizo uso de los medios que se encontraban a su alcance y que debía emplear para curar al paciente:

¹¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicación n° 11001 31 03 018 2001 00339 01. M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO.

HORA:	11/10/2017 23:15	TÍTULO:	VALORACION MEDICA	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANÁLISIS-PLAN		
GESTANTE ES VALORADA POR LA DRA A RAMIREZ Y ORDENA . HOSPITALIZAR CON2. DIETA COMUN3. LEV PASAR A CHORRO SSN 500 CC + D 5 % SS LUEGO LEV PARA 8 HORAS SSN 500 CC4. CONTROL FCF5. TOMAR HEMOGRAMA. CREATININA. CREATINURIA. ACIDO URICO. PROTEINURIA ESPONTANEA. UROANALISIS. LDH Y SE CANALIZA VENAP ERIFERICA CON CATETER #18 EN MSI Y SE DEJA LEV AMANTENIMIENTO. POR EQUIPO BOMBA .SE TOMAM UESTRA DE ORINA CON Sonda NELATON 8 Y GUANTES 7.0			MEDINA MOLINA YANIRE DEL ROSARIO		

- b) Adicionalmente, se le practican una serie de ayudas diagnósticas, entre ellas, hemograma, creatina, ácido úrico:

DIAGNOSTICOS

O13X HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA (HIE)

EXAMENES

ANÁLISIS

902209000 - HEMOGRAMA TIPO III HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS NORMAL
INDICE
903825002 - CREATININA EN ORINA ESPONTANEA NORMAL
903825000 - CREATININA NORMAL
903801001 - ACIDO URICO NORMAL

LICENCIADO A: [CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

907107000 - UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA NORMAL
903863003 - PROTEINAS TOTALES EN ORINA (PROTEINURIA ESPONTANEA) NORMAL
903828000 - DESHIDROGENASA LACTICA (LDH) NORMAL
903866000 - TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA TGP ALT NORMAL
903867000 - TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (TGO-AST) NORMAKL
897011000 - MONITORIA FETAL ANTEPARTO

- c) Desde el ingreso de la señora Jasmín Guevara se identificó que presentaba Hipertensión Gestacional, por lo que se tuvo un monitoreo constante de su presión arterial, conforme se evidencian en los registros de enfermería.
- d) La paciente continuó en observación constante por parte del cuerpo médico y del personal de enfermería los días 11 y 12 de octubre de 2017, sin presentar signos de alarma como sangrado y/o dolor:

	HORA:	12/10/2017 19:45	TÍTULO:	NOTA DE ENTREGA
GES:				
LAR:				
PRE:				
UTE:				
HOR:				
ENTI:				
TIEN:	HORA:	12/10/2017 20:00	TÍTULO:	RECIBO DE TURNO
36.55				
MOV:				
ELEV:				
Y CC:				
	HORA:	12/10/2017 23:00	TÍTULO:	EVOLUCION
	HORA:	13/10/2017 2:00	TÍTULO:	EVOLUCION

- e) Ahora bien, conforme a ese mismo registro, tan solo a las 6:00 am del 13 de octubre de 2017, se consignó la primera anotación asociada a la manifestación de dolor de la paciente:

HORA:	13/10/2017 6:00	TÍTULO:	RECIBO DE TURNO
SUBJETIVO-OBJETIVO			

Nombre reporte : HCRPRegistroEnfermeria

xrP:

LICENCIADO A: [CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

No Historia Clínica: 1193036442

Nombre Paciente: J.

RECIBO GESTANTE DE 16 AÑOS DE EDAD, EN CAMILLA, POSICIÓN SEMI FOWLER, CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON Dx: G1 P0 + EMBARAZO DE 33.1 SEMANAS + RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO + TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??. PACIENTE QUE PRESENTA EPISODIO DE EMESIS, PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA: ABDOMEN GLOBOSO POR ÚTERO EN GRAVIDEZ, PACIENTE REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, CON LEVE ACTIVIDAD UTERINA, REFIERE DOLOR "BAJITO", UBICÁNDOLO EN EL HIPOGASTRIO, GENITALES ÍNTEGROS, SIN SALIDA DE LÍQUIDO Y/O SANGRADO POR VAGINA. TIENE VENA CANALIZADA EN PLIEGUE DEL CODO IZQUIERDO CON CATETER # 18 CONECTADO A EQUIPO MACROGOTERO PASANDO SSN A MANTENIMIENTO, NO PRESENTA SIGNOS DE FLEBITIS O EXTRAVASACIÓN EN SITIO DE PUNCIÓN. MIEMBROS INFERIORES ÍNTEGROS Y SIN EDEMA. PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACIÓN Y BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS. PENDIENTE: ECO DOPPLER. CUPO RESERVADO EN LA UCI NEONATAL.

- f) A las 8:28 am, la paciente presentaba dolor intenso, razón por la cual fue valorada por el ginecólogo Eduardo José Escobar Ocampo, quién identifica la ocurrencia de un evento catastrófico como lo es el abrupcio de placenta:
- g) Al respecto, se indica que el abrupcio de placenta, de conformidad con la literatura médica, NO PUEDE EVITARSE y en un evento catastrófico que corresponde una complicación de la PREECLAMPSIA:

EVOLUCION

PACIENTE DE 16 AÑOS, G1P0, EMBARAZO DE 33,1 SEMANAS CON THE A ESTUDIO Y RCIU VS FETO PEQUEÑO POR ECOGRAFIA OBSTETRICA REFIERE DOLOR ABDOMINAL INTENSO CON CEFALEA Y VISION BORROSA EN EL MOMENTO AL EXAMEN FISICO PACIENTE PALIDA SUDOROSA CON TA 141/91 MMHG CON UTERO HIPERTONICO SIN EVIDENCIA DE FCFG POR LO CUAL SE TRASLADA A ECOGRAFIA SIN EVIDENCIA DE FCF EN RASTREIO ECOGRAFICO CON CERVIX POSTERIOR LARGO Y CERRADO SE CONSIDERA CUIADRO DE PREECLAMPSIA SEVERA CON ABRUPTIO PLACENTA Y OBITO FETAL SE TRASLADA A CESAREA D EURGENCIA POR RIESGO ALTO DE COUVALIER CON NECESIDAD POSTERIOR DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL SE EXPLICA SITUACION A PACIENTE Y NO HAY FAMILIAR EN EL MOMENTO SE TRASLÑADA A QUIROFANO POR URGENCIA VITAL

- h) Cabe resaltar que uno de los signos indicativos de esta complicación es el sangrado, cuestión que en este caso no se presentaba, lo que denota que probablemente se presentó de manera súbita en la mañana del 13 de octubre de 2017:

Señales del desprendimiento prematuro de la placenta

Los síntomas más comunes son sangrado vaginal y contracciones dolorosas. La magnitud del sangrado depende de la cantidad de placenta que se haya desprendido. A veces, la sangre que se acumula cuando la placenta se desprende permanece entre la placenta y la pared uterina, por lo que puede que no se presente sangrado de la vagina.

- Si la separación es leve, es posible que se presente un sangrado ligero. También le puede dar cólicos o sentirse sensible en su abdomen.
- Si la separación es moderada, puede tener un sangrado más abundante. Los cólicos y el dolor abdominal serán más intensos.
- Si más de la mitad de la placenta se desprende, puede tener dolor abdominal y sangrado abundante. También puede tener contracciones. El bebé puede moverse más o menos de lo normal.

Si usted tiene alguno de estos síntomas durante su embarazo, coméntele al médico de inmediato.¹² [...]

- i) Finalmente, ante presentación de esta complicación, de manera inmediata de lleva a cesárea urgente a la paciente y al extraer el feto se identifica que no tenía signos vitales, por lo que inmediatamente se inicia reanimación, pero a pesar de los esfuerzos del personal médico no se obtiene resultado positivo.**

Nótese entonces que este caso corresponde al de una complicación súbita inherente al embarazo, por lo que no es posible atribuir responsabilidad alguna para las entidades demandadas.

Todo lo expuesto, permite concluir que la señora Jasmín Guevara recibió una atención adecuada, pero, a pesar de los esfuerzos del personal médico, se presentó un evento inevitable, súbito y potencialmente mortal como lo fue el abruptio de placenta. Así las cosas, es manifiesto que en este caso no concurren los elementos indispensables para deprecar responsabilidad como lo es la culpa y el nexa causal entre esta y el hecho dañino.

Con base a lo referido, solicito comedidamente al Despacho que declare probada esta excepción.

¹² Desprendimiento prematuro de placenta. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000605.htm>

- **ELUSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA POR PARTE DEL DEMANDANTE**

La Corte Suprema de Justicia ha determinado de manera vehemente que aquel que pretenda la atribución de responsabilidad civil médica en cabeza de un individuo o entidad, asume la carga de probar la existencia de culpa en el proceder médico y la relación de causalidad de ésta y el daño que se afirme haber reportado:

Si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, **cuya carga probatoria asume el demandante**, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos.

[...]

En consecuencia, **se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.**¹³ (negrilla y subrayado fuera del texto original)

En el caso nos ocupa, la parte actora evidente desconocimiento la obligación que tiene a su cargo, se limitó a redactar un escrito de demanda errante en sus afirmaciones y con un sinnúmero de apreciaciones sin sustento probatorio alguno. En virtud de ello, olvidó ejecutar su carga más evidente y a su vez, indispensable para adelantar un proceso de responsabilidad civil médica: La Prueba.

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01 M.P. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

En efecto, es claro que este proceso se encuentra huérfano de medios de prueba que logren evidenciar la existencia un proceder culposo de los galenos de la Clínica Palma Real. El único medio de prueba que obra en el expediente con relación a la prestación del servicio médico es la historia clínica, documento en el que, contrario a lo que afirma la parte actora, solo se evidencia que la atención médica brindada fue oportuna, adecuada y en procura de mejorar la calidad visual de la demandante.

Ante este panorama, solicitamos de manera respetuosa que las pretensiones sean desestimadas por la elusión de la parte demandante de su deber probatorio, lo cual desencadena necesariamente la inexistencia de responsabilidad en cabeza de la Clínica demandada.

- **AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL FALLECIMIENTO DEL HIJO DE LA SEÑORA JASMÍN GUEVARA Y EL PROCEDER DEL CUERPO MÉDICO DE CLÍNICA PALMA REAL**

La relación de causalidad es un requisito sine qua non para declarar la responsabilidad civil de una persona, dado un hecho culposo y un daño. Este elemento debe ser acreditado en todo caso por parte del demandante y su omisión conlleva sencillamente al fracaso de las declaraciones y condenas pretendidas. El examen de causalidad **consiste en un estudio de orden fáctico, acerca de la idoneidad de un hecho culposo para ser considerado jurídicamente causal de la producción de un daño**, o, en otras palabras, el hecho está sujeto a la verificación material y probatoria de su idoneidad para ser considerado bajo el concepto jurídico de causa.¹⁴ Sobre la presencia de este elemento cuando se analiza un caso bajo la luz del régimen de culpa probada la doctrina ha considerado:

En la responsabilidad civil subjetiva, la culpa es un distribuidor de daños: quien comete el error de conducta (culpa) que causa un hecho que a su vez causa un daño, debe pagar. Cuando el daño no es producto de ningún error de conducta o cuando este es de la víctima, esta debe sufrir las consecuencias. Lo anterior nos obliga a establecer un nexo causal entre la culpa del agresor y el daño sufrido por la víctima.[...] ”¹⁵.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 14 de diciembre de 2012. Radicación: 2002-188. M. P. Ariel Salazar Ramírez.

¹⁵ Ortiz Gómez, G: “El nexo causal en la responsabilidad Civil”, en: “Derecho de las Obligaciones”, Marcel Castro Cifuentes., Tomo II, Volumen I, Universidad de los Andes, 2010 (Bogotá D.C).

En el caso que nos ocupa, la parte actora pretende relacionar causalmente el fallecimiento de su hijo, con el proceder de los galenos de la Clínica Palma Real S.A.S., cuestión que a todas luces no puede prosperar, **habida cuenta que la lamentable muerte se presentó con ocasión a una complicación propia del parto y no al proceder de los galenos, quienes conforme se encuentra acreditado, solo desarrollaron las maniobras tendientes a atender la situación imprevisible consistente en la presentación de un abruptio de placenta y a conseguir preservar la vida de la demandante.**

De esta manera, es claro que no existe el nexo causal que alega la parte actora, razón por la cual solicitamos al Despacho que proceda a declarar probada esta excepción.

EXCEPCIONES RELACIONADAS CON LOS PERJUICIOS

- **TASACIÓN EXCESIVA DEL DAÑO MORAL**

Sobre este tipo de perjuicio, la Corte ha reseñado que el mismo no “constituye un «regalo u obsequio»,” por el contrario se encuentra encaminado a “reparar la congoja, impacto directo en el estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares”¹⁶, con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa», sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia¹⁷.

Por lo cual, de endilgarse algún tipo de responsabilidad a la demandada, es necesario que el señor Juez en virtud de su *arbitrum judicis*, valore específicamente los hechos y pruebas contenidas en este expediente para tasar lo relacionado a esta modalidad de perjuicio, por lo que considero pertinente realizar un breve recuento de los alcances de la noción y de las reglas aplicables a la valoración del daño moral.

En primer lugar, y como bien se sabe, la Corte Suprema de Justicia ha señalado que:

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004- 032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

¹⁷ Ídem

“el daño moral configura una típica especie de daño no patrimonial consistente en el quebranto de la interioridad subjetiva de la persona y, estricto sensu, de sus sentimientos y afectos...insustituibles e inherentes a la órbita más íntima del sujeto...por la afectación de otros bienes, derechos o intereses sean de contenido patrimonial o extrapatrimonial”¹⁸

En segundo lugar, y en cuanto a su tasación, es necesario resaltar que en Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre de 2018¹⁹, la Corte Suprema de Justicia, indicó de forma clara lo siguiente:

“[...] a falta de normativa explícita que determine la forma de cuantificar el daño moral, el precedente judicial del máximo órgano de la jurisdicción ordinaria tiene un cierto carácter vinculante, para cuya separación es menester que el juez ofrezca razones suficientes de su distanciamiento.” (Sub línea y negrilla fuera de texto).

Ahora, es de resaltar que la jurisdicción civil en su órgano de cierre, esto es, la sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha venido tomando como máximo rubro para las indemnizaciones por perjuicios extrapatrimoniales, un tope de \$60.000.000, para los padres, los hijos y el cónyuge, cuando ha ocurrido una muerte. Así mismo, respecto de las abuelas de la víctima, la Corte ha indicado en diferentes pronunciamientos que corresponde para los hermanos, abuelos y nietos, la mitad de lo reconocido para los padres, hijos y cónyuges, es decir la suma de \$30.000.000²⁰. Por lo que se hace necesario, que el señor juez en el presente caso, pese a que tiene arbitrio judicial para impartir órdenes, tenga en cuenta los lineamientos jurídicos que ya se han establecido dentro de nuestro ordenamiento jurídico, desestimando la suma que pretende la parte actora por este concepto, teniendo en cuenta el tope máximo reconocido.

Por lo expuesto, solicito se declare probada esta excepción.

¹⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Bogotá D.C., 18 de septiembre de 2009, M.P William Namén Vargas.

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Bogotá D.C. Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre de 2018, M.P Margarita Cabello Blanco.

²⁰ Sentencia del 21 de febrero de 2018 de la Corte Suprema de Justicia, M.P. Dr. Margarita Cabello Blanco. Radicación No. 05736-31-89-001-2004-00042-01.

- **INEXISTENCIA DE PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD**

Resulta pertinente traer a colación los criterios que la Corte Suprema ha desarrollado en su jurisprudencia para identificar la procedencia del reconocimiento de este perjuicio:

Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta Corporación refieren a: **(i)** Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la “chance” diluida debe ser seria, verídica, real y actual; **(ii)** Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización[...]; y **(iii)** La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que [...] su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos.²¹

En el caso que nos ocupa, se tiene que el apoderado de la parte actora en el escrito de demanda sostiene que el proceder de las demandadas generó este perjuicio debido a que supuestamente, se arrebató al menor la pérdida de la oportunidad de haber sobrevivido, por una supuesta deficiente atención médica.

Al respecto, debe indicarse que, de entrada, no existe prueba alguna que acredite que el feto hubiese podido sobrevivir al abruptio de placenta que se presentó antes del parto, máxime si se tiene en cuenta que, en fetos prematuros, como en este caso, el riesgo de mortalidad ante la ocurrencia de este evento supera el 20%. Así, se tiene que olvida la parte demandante que para que se considere que se consumó una pérdida de oportunidad, la existencia del chance debe estar acreditada de forma suficiente, pues no es procedente indemnizar una mera expectativa; sin embargo, en el caso que nos ocupa, brillan por su ausencia los medios de prueba que acrediten este asunto.

²¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de junio de 2016. Rad: 2006-272. (M.P: Margarita Cabello Blanco)

Por lo expuesto, solicito se declare probada esta excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA**

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

- **GENÉRICA Y OTRAS**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso ya sea frente a la demanda o incluso ante el llamamiento en garantía que contesto a continuación.

CAPITULO II

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA PALMA REAL S.A.S.

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho número 1: Es cierto, así se desprende del contenido de la demanda que da origen al presente proceso judicial.

Frente al hecho número 2: No es cierto como se encuentra descrito, pues en este caso NO estamos ante de un mismo contrato de seguro con múltiples renovaciones y tampoco es cierto que hubiese sido concertado por la Clínica Palma Real S.A.S.

Al respecto se aclara, entre Allianz Seguros S.A. y Sinergia Global en Salud S.A.S. se suscribieron tres contratos de seguro documentados en las siguientes pólizas, en los que funge como asegurada la Clínica Palma Real S.A.S.:

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0 con una vigencia del 31 de diciembre 2016 al 30 de diciembre de 2017 y con un periodo de retroactividad desde el 01 de agosto de 2011.
- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con una vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018 y con un periodo de retroactividad desde el 01 de agosto de 2011.
- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 al 28 de agosto de 2019 y con un periodo de retroactividad desde el 01 de agosto de 2011.

Sin embargo, de entrada, es preciso referir que ninguna de las pólizas previamente identificadas ofrece cobertura en este caso, por las razones que a continuación explico:

Debe partirse de que los reseñados contratos de seguro se pactaron bajo la modalidad de Claims Made, de manera que la cobertura en ellos contenida sólo podría afectarse si se cumplen las siguientes condiciones: **(i) que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y (ii) que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada vigencia.**

En el caso sub judice, se tiene que la segunda condición NO se cumple para ninguno de los seguros, pues ninguno estaba vigente para el momento en que las presuntas víctimas formularon reclamo a la entidad asegurada Clínica Palma Real S.A.S. En este sentido, se tiene que los señores Jasmín Guevara Molina y Anyelo Stevan Vélez Gamboa, formularon la primera reclamación a la Clínica mediante la notificación personal de la demanda judicial que dio origen a este proceso, y que se efectuó en el mes **de junio de 2021**; asimismo las señoras Sonia Molina Londoño y María Yenny Gamboa Sánchez, formularon la primera reclamación a la Clínica mediante la notificación de la admisión de la reforma de la demanda, que se efectuó en el mes **de octubre de 2021**. No obstante, las vigencias de las Pólizas con base en las cuales se llamó en garantía a mí representada, son evidentemente anteriores a la fecha de la presentación de la demanda y de su reforma y, lógicamente, a la de la notificación personal que realizó a la Clínica, a saber:

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0 con una **vigencia del 31 de diciembre 2016 al 30 de diciembre de 2017.**
- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con una **vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018.**
- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022320841/0 con **vigencia del 29 de agosto de 2018 al 28 de agosto de 2019.**

Ahora bien, con el fin de que no exista duda alguna sobre la ausencia de obligación indemnizatoria de mí representada, es preciso indicar que Allianz Seguros S.A. NO HA CONCERTADO SEGURO ALGUNO VIGENTE para el año 2021, esto es, para la fecha de la primera reclamación que las presuntas víctimas formularon al asegurado.

Sin perjuicio de lo anterior, que por sí solo torna en improcedente cualquier obligación indemnizatoria de mi representada, lo cierto es que, la Clínica Palma Real S.A. solo podría tener derecho a la cobertura de los amparos sí: (i) se comprueba que los hechos que dieron origen al presente litigio se dieron durante la vigencia de las pólizas con base en las que se realizó el llamamiento, (ii) se declara la existencia de responsabilidad civil de la asegurada, asunto que, en gracia discusión cabe referir que no se materializó, conforme se desprende del material probatorio obrante en el expediente; (iii) no se materializa ninguna causal de inoperancia o exclusión del contrato de seguro.

En consecuencia, cabe indicar que la sola existencia de los contratos de seguro, no significa per se que haya ocurrido el riesgo asegurado y que deba afectarse el amparo pactado en las pólizas con base en las cuales vincula a mi representada al presente proceso

Frente al hecho número 3: No es cierto lo que se manifiesta en este hecho. Al respecto se aclara que para que proceda la cobertura pactada en las Pólizas No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0, no basta con que los hechos por los que se demandan hubiesen ocurrido dentro de la vigencia o del período de retroactividad pactado en los seguros, sino que, además, es un requisito sine qua non para que opere su cobertura, que la fecha de la primera reclamación que la presunta víctima hubiese formulado al asegurado esté igualmente dentro de la vigencia pactada, pues, como de manera reiterada se ha indicado, las Pólizas fueron pactadas bajo la modalidad Claims Made prevista en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997.

La modalidad de cobertura Claims Made supedita el amparo temporal del seguro a las siguientes condiciones: **(i)** que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y **(ii) que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada vigencia.**

En el caso sub judice, se tiene que la segunda condición **NO se cumple la segunda necesaria para que opere la cobertura de los seguros, pues ninguno de ellos estaba vigente para el momento en que las presuntas víctimas formularon el primer reclamo a la entidad asegurada Clínica Palma Real S.A.** Efectivamente, se corrobora que los demandantes, señores Jasmín Guevara Molina y Anyelo Stevan Vélez Gambo, formularon la primera reclamación a la Clínica mediante la notificación personal de la demanda judicial que dio origen a este proceso, y que se efectuó en el mes **de junio de 2021**; asimismo las señoras Sonia Molina Londoño y María Yenny Gamboa Sánchez, formularon la primera reclamación a la Clínica mediante la notificación de la admisión de la reforma de la demanda, que se efectuó en el mes en el mes **de octubre de 2021**. A su vez, en las carátulas de los seguros se consigna las siguientes vigencias, que, evidentemente, finalizaron en periodos anteriores a las fechas precitadas, a saber:

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0 con una **vigencia del 31 de diciembre 2016 al 30 de diciembre de 2017.**
- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con una **vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018.**
- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022320841/0 **con vigencia del 29 de agosto de 2018 al 28 de agosto de 2019.**

Ahora bien, con el fin de que no exista duda alguna sobre la ausencia de obligación indemnizatoria de mí representada, es preciso indicar que Allianz Seguros S.A. **NO HA CONCERTADO SEGURO ALGUNO VIGENTE** para el año 2021, esto es, para la fecha de la primera reclamación que las presuntas víctimas formularon al asegurado.

Frente al hecho 4. No es un hecho. Es una referencia jurídica respecto del derecho de postulación de la profesional en derecho.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión número 1: ME OPONGO DE FORMA DIRECTA A ESTA PRETENSIÓN, debido a que en este caso no existe fundamento fáctico ni jurídico para que surja obligación alguna para mí representada. Debe tenerse que las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0 establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. En tal sentido y, en razón a que, de un lado, estos contratos de seguro fueron pactado bajo la modalidad de cobertura Claims Made y, de otro lado, debido a que no concurren uno de los requisitos indispensables para su forma de operar, como lo es que el primer reclamo formulado al asegurado hubiese ocurrido dentro la vigencia de las pólizas, debe necesariamente concluirse que no puede existir condena alguna para mí representada.

Frente a la pretensión número 2: ME OPONGO DIRECTAMENTE A ESTA PRETENSIÓN, pues al ser evidente que las Pólizas con base en las cuales se llama en garantía a mí representada no ofrecen cobertura, necesariamente debe concluirse que no puede existir condena alguna para ella.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

I. PRINCIPAL

- **AUSENCIA DE COBERTURA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO DOCUMENTADOS EN LAS PÓLIZAS No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0, POR NO CONCURRIR LOS REQUISITOS INDISPENSABLES PARA SU AMPARO DE ACUERDO CON LA MODALIDAD CON LA QUE FUERON PACTADAS DENOMINADA DE TIPO “RECLAMACIÓN” O “CLAIMS MADE”,**

La modalidad de seguro Claims Made fue introducida a nuestro ordenamiento jurídico por medio del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, en virtud del cual se permitió la expedición de seguros cuya cobertura estuviere determinada por la fecha de la reclamación del beneficiario del seguro:

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

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

Sobre la reseñada modalidad de seguro, la Corte Suprema de Justicia ha precisado:

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.²²

De lo transcrito se colige que cuando un seguro se pacta bajo la modalidad “*claims made*” o “*de reclamación*”, exige que para que se dé aplicación a la cobertura pactada deben cumplirse principalmente los siguientes requisitos: (i) que los eventos que dieron origen al proceso se encuentren dentro de la vigencia o de retroactividad de la póliza y (ii) **que dichos eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.**

Descendiendo al caso, se tiene que los contratos de seguro documentados en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0, suscritos entre Allianz Seguros S.A., en calidad de

²² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 18 de julio de 2017. Radicación n° 76001-31-03-001-2001-00192-01. M.P. AROLD WILSON QUIROZ MONSALVO

aseguradora, y la Clínica Palma Real S.A. fueron pactados bajo modalidad Claims Made, tal y como se evidencia a continuación:

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 01 DE 2011 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

En consecuencia, para que opere la cobertura de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0, **debe acreditarse, además de la existencia de responsabilidad civil, que la primera reclamación presentada por los demandantes a la Clínica, se realizó dentro del periodo de vigencia de los reseñados seguros.**

En el caso sub judice, se tiene que esta condición **NO se cumple, pues ninguno de los seguros estaba vigente para el momento en que las presuntas víctimas formularon el reclamo a la entidad asegurada Clínica Palma Real S.A.S.** En este sentido, se tiene que los señores Jasmín Guevara Molina y Anyelo Stevan Vélez Gamboa, formularon la primera reclamación a la Clínica mediante la notificación personal de la demanda judicial que dio origen a este proceso, y que se efectuó en el mes de junio de 2021, asimismo las señoras Sonia Molina Londoño y María Yenny Gamboa Sánchez, formularon la primera reclamación a la Clínica mediante la notificación de la admisión de la reforma de la demanda, que se efectuó en el mes de octubre de 2021. No obstante, las vigencias de las Pólizas con base en las cuales se llamó en garantía a mí representada, son evidentemente anteriores a la fecha de la presentación de la demanda y de su reforma y, lógicamente, a la de la notificación personal que realizó a la Clínica, a saber:

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0 con una **vigencia del 31 de diciembre 2016 al 30 de diciembre de 2017.**

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con una **vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018.**
- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022320841/0 **con vigencia del 29 de agosto de 2018 al 28 de agosto de 2019.**

Ahora bien, con el fin de que no exista duda alguna sobre la ausencia de obligación indemnizatoria de mí representada, es preciso indicar que Allianz Seguros S.A. NO HA CONCERTADO SEGURO ALGUNO VIGENTE para el año 2021, esto es, para la fecha de la primera reclamación que las presuntas víctimas formularon al asegurado.

En conclusión, no concurren los presupuestos necesarios para que Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0 tengan cobertura dentro del caso que nos ocupa.

Por este motivo, solicito al Despacho que declare probada esta excepción.

- **AUSENCIA DE CONCERTACIÓN Y PAGO DE ENDOSO CUYA POSIBILIDAD DE ADQUISICIÓN FUE PREVISTA EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0**

Para efectos de no dejar ningún viso de duda sobre la ausencia de obligación indemnizatoria de mí representada, es preciso indicar que, en este caso, aunque en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0 se dejó prevista la posibilidad de que la asegurada pactara un endoso que permitiera la cobertura para reclamos hasta por dos años posteriores a la vigencia de los seguros, lo cierto es que la efectividad de dicha condición estaba condicionada a que la Clínica realizara el pago de una prima adicional y de la relación de una serie de actuaciones que a continuación identifico:

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

No obstante, en el caso que nos ocupa, la Clínica no contrató la cláusula de Extensión en el Periodo de Reclamos y no realizó el pago de la extraprima que le permitiera ser beneficiaria del reseñado endoso. Lo anterior, fue debidamente certificado por mi representada, tal como se puede observar a continuación:

Allianz Seguros S.A. certifica que **SINERGICA GLOBAL EN SALUD SAS** identificado con NIT 900.363.673-9 contrató la póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 22320841 con vigencia Desde el 29/08/2018 a las 00:00 horas Hasta el 28/08/2019 a las 24:00 horas la cual fue prorrogada hasta el 28/09/2019 a las 24:00, finalizando por tanto la cobertura.

De igual forma confirmamos que una vez finalizada la vigencia **SINERGICA GLOBAL EN SALUD SAS** **no contrato la cláusula de Extensión en el Periodo de Reclamos.**

Se expide a solicitud de cliente en la ciudad de Bogotá a los 05 días del mes de noviembre de 2021.

Cordialmente,

**SALAZAR RUBIO
MARIA
ALEJANDRA**

Firmado digitalmente por
SALAZAR RUBIO MARIA
ALEJANDRA
Fecha: 2021.11.05 10:12:14
-05'00'

María Alejandra Salazar R.
Director Nacional | Responsabilidad Civil
Gerencia de Property & Casualty
Allianz Colombia. Cali.

En virtud de esto, no existe ninguna póliza expedida que tenga una vigencia posterior a la terminación del seguro, y es preciso aclarar que tampoco se contrató la cláusula de Extensión en el Periodo de Reclamos, pues, como se explicó anteriormente esta cláusula

debe ser convenida y se debe pagar una extraprima, actuación que no fue realizada por el tomador, por lo que no queda más que concluir que las pólizas con base en las cuales se realiza el presente llamamiento en garantía no ofrecen cobertura en este caso.

- **LA AUSENCIA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PARTE DE ALLIANZ SEGUROS S.A. Y LA CONSECUENTE SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA EN ESTE SENTIDO**

Cuando se da inicio a cualquier trámite judicial o extrajudicial debe examinarse, como primera medida, quiénes deben o pueden reclamar lo que se pretende con dicho trámite y a quién se debe o se puede solicitar lo pretendido. Esta cuestión recibe el nombre de legitimación. Así las cosas, es necesario que la persona que adelanta un proceso, acredite, por un lado, que se encuentra jurídicamente legitimada para hacerlo y, por el otro, que demuestre que existe un fundamento que le permite reclamar lo solicitado al sujeto contra el cual se inició el proceso. Lo anterior queda demostrado si se acredita la existencia de una relación jurídica sustancial o contractual que vincule a los sujetos.

La legitimación en la causa por pasiva se consagra como la facultad procesal que le atribuye al demandado la posibilidad de desconocer o controvertir la reclamación que el actor le dirige mediante la demanda sobre una pretensión de contenido material. La Jurisprudencia Constitucional ha definido esta facultad procesal como la “calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso”, de forma tal que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión de fondo, o en caso de que ello ocurra, la misma no puede resultar favorable a los intereses procesales de aquella.

En materia de seguros de responsabilidad civil, el legislador, habilitó al asegurado para vincular a su aseguradora, a través de la figura del llamamiento en garantía prevista en el artículo 66 del Código General del Proceso. En este sentido, se tiene que, si bien es verdad que de la Ley emana la facultad del asegurado de solicitar a la aseguradora la indemnización por un riesgo que le hubiese trasladado, lo cierto es que ello tiene razón de ser siempre que, de la relación contractual existente entre ambos, efectivamente surja una obligación de reembolso o de indemnización a cargo de la compañía aseguradora. En consecuencia, si el contrato de seguro con base en el cual llama en garantía a la

aseguradora no ampara la responsabilidad civil que se endilga, no existiría fundamento para vincularla y pretender de ella el pago de una indemnización cuya cobertura no opera.

Ante este panorama, se hace manifiesto que mí representada no se encuentra legitimada por pasiva dentro del presente proceso, en tanto no es la aseguradora que ampara la responsabilidad civil que se pretende endilgar en el caso que nos ocupa, como se expuso detalladamente en las excepciones anteriores.

Por lo anterior y con fundamento en el artículo 278 del Código General del proceso cuyo tenor literal establece: “En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos: [...]3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa.”, solicito se profiera sentencia anticipada a favor de representada por estar probada su falta de legitimación por pasiva.

II. SUBSIDIARIAS

- **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGURO S.A. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO**

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato:

Una de las características de este tipo de seguro es «la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa».(subrayado en el texto original) ²³

²³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de diciembre de 2017. SC20950-2017 Radicación n° 05001-31-03-005-2008-00497-01. M.P. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

En igual sentido, las condiciones generales de los contratos de seguro, contempla como uno de los amparos del seguro, el de RC Profesional que se define en los siguientes términos:

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

Sin perjuicio de ello, como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones contenidas en el escrito de demanda, carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de la Clínica Palma Real S.A.S., ya que no se configuran los elementos necesarios para que la misma sea predicada, pues el hecho con base en el cual se pretende atribuir responsabilidad es imputable exclusivamente a la actora.

En efecto, al ser claro que no hay posibilidad de que exista una condena en contra de la Clínica Palma Real S.A.S. no habría fundamento entonces para afectar los contratos de seguros con base en el que se llama en garantía a mí representada, pues no habría disminución del patrimonio del asegurado, condición necesaria para pueda operar cualquier amparo en la póliza.

Así pues, se concluye que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil que pretende endilgarse a la Clínica Palma Real S.A.S., estamos ante la no realización del riesgo asegurado por las Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0 que sirvieron

como sustento llamar en garantía a mi representada y en tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

Solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

- **LÍMITES Y SUBLÍMITES MÁXIMOS DE LA EVENTUAL RESPONSABILIDAD O DE LA EVENTUAL OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA, CONDICIONES ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO DOCUMENTADOS EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022029851/0, No. 022212128/0 Y No. 022320841/0**

Sin perjuicio de lo expuesto en las excepciones precedentes, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, se formula ésta, en virtud de que contractualmente, de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0, utilizadas como fundamento para demandar de forma directa a mi representada, se estipularon las condiciones de la responsabilidad del asegurador, sus límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, etc., de manera que son éstos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas de aseguramiento, sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

Partiendo de las condiciones de los contratos de seguro, también se puede establecer qué eventos no pueden generar obligación alguna a cargo de la aseguradora, entendiendo incorporado en todo este contexto el régimen legal vigente a la celebración del contrato, en donde se consagró precisamente entre los elementos esenciales del seguro. Eso nos conduce a la necesaria e indispensable observancia tanto de las estipulaciones de los contratos, que son ley para las partes, como de las disposiciones legales que rigen el contrato de seguro.

Ahora bien, es pertinente mencionar que la obligación del asegurador sólo se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a su cargo se limita a la

suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en su Artículo 1079, establece: “...El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada...”, claro está, sin perjuicio del respectivo deducible pactado, es decir, de aquella porción que de cualquier pérdida le corresponda asumir al asegurado.

De acuerdo con los artículos 1079 y 1089 del Código de Comercio, la responsabilidad máxima del asegurador se limita a la suma asegurada, de manera que ese es el tope de la responsabilidad asumida por la aseguradora, siempre y cuando se compruebe primero que se cumplió la condición de la que nació su obligación de indemnizar y obviamente el daño y la cuantía de este.

En efecto, para predicar algún tipo de obligación en virtud de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0, se deberán tener en cuenta los límites máximos de responsabilidad civil extracontractual RC Profesional plasmados en ellas:

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0 con una vigencia del 31 de diciembre 2016 al 30 de diciembre de 2017:

Límite asegurado evento	3.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	3.000.000.000,00

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022212128/0 con una vigencia del 31 de diciembre de 2017 hasta el 28 de agosto de 2018:

Límite asegurado evento	3.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	3.000.000.000,00

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022320841/0 con vigencia del 29 de agosto de 2018 al 28 de agosto de 2019:

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00

De conformidad con el texto transcrito, las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a sus condiciones particulares y generales, con sujeción a los límites asegurados y a la demostración (por parte del beneficiario) del perjuicio alegado y su cuantía, siempre y cuando no se configure una causal legal o convencional de inoperancia del contrato de seguro.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022029851/0, No. 022212128/0 Y No. 022320841/0**

En las condiciones de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0 se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. En efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio aseguraticio.

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

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

En efecto, si logra acreditarse al menos una de las demás exclusiones consignadas en las condiciones generales ó particulares de la referida póliza, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **DEDUCIBLE PACTADO**

De conformidad con las condiciones estipuladas por las partes al momento de concertar el contrato de seguro documentado en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0, se pactó el deducible, que corresponde a la porción del monto de la indemnización que corresponde asumir al asegurado, y que fue estipulado en las caratulas de las Pólizas, así:

DEDUCIBLES:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

Toda y Cada Pérdida: 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$25.000.000

Gastos Médicos: Opera sin deducible

De suerte que, en el caso concreto, en el hipotético e improbable evento de que prosperen las pretensiones de la demanda; el asegurado, es decir, la Clínica., estará obligada al pago de la suma referida.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES**

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en su Art. 1079 establece

que “.... *El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada.*”.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc. Al respecto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada, los valores asegurados para cada uno de los amparos, etc.

Las pólizas utilizadas como fundamento contractual de la convocatoria, como cualesquiera contratos de seguro, se circunscriben a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de las pólizas.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA, INNOMINADAS Y OTRAS.**

Ruego declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso de este proceso, ya sea contra las pretensiones o que desvirtúe sus fundamentos de hecho o de derecho, incluida la **excepción de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro**.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

Solicito se tengan como tales las siguientes, que anexo al presente escrito:

1. Poder General otorgado mediante escritura pública al suscrito con el certificado de vigencia.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de Allianz Seguros S.A. que obra en el expediente, en la que el Dr. Gustavo Alberto Herrera Ávila figura como apoderado general.
3. Copia de la Carátula y de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022029851/0
4. Copia de la Carátula y de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022212128/0
5. Copia de la Carátula y de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022320841/0
6. Certificación emitida por Allianz Seguros S.A. en la cual se indica que no se contrató la cláusula de Extensión en el Periodo de Reclamos.

INTERROGATORIOS DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a cada una de los demandantes, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, les formularé sobre los hechos de la demanda.

DECLARACIÓN DE PARTE

En virtud de lo establecido en el artículo 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de Allianz Seguros S.A. a fin de que sea interrogado sobre los hechos relacionados con el proceso.

TESTIMONIALES

Ruego fijar fecha y hora para que se recepcione el testimonio de la Doctora KELLY ALEJANDRA PAZ, mayor de edad y vecina de Cali, asesora externa de mi representada, quien podrá citarse en la Calle 4 No.75-71, Apto.515 Torre 4, Conjunto Bocana Real, en la ciudad de Cali, asesora externa de mi representada, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, y en especial para que deponga sobre la modalidad de cobertura de las Pólizas No. 022029851/0, No. 022212128/0 y No. 022320841/0, expedidas por Allianz Seguros S.A., de la ausencia de endoso y de la falta de cobertura por no concurrir los requisitos de su amparo.

INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

NOTIFICACIONES

A la parte actora en el lugar indicado en la demanda.

A la parte llamante en garantía en el lugar que refirió al contestar la demanda y al formular el llamamiento en garantía.

ALLIANZ SEGUROS S.A. puede ser notificada en la Avenida 6 A Norte No. 23 13 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica notificacionesjudiciales@allianz.co

El suscrito recibirá notificaciones en la secretaría de su Tribunal o en la Avenida 6ABis No.35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica notificaciones@gha.com.co.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D. C.

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

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA

Nombre: ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Matrícula No.:	178756-2
Fecha de matrícula en esta Cámara:	14 de agosto de 1986
Último año renovado:	2021
Fecha de renovación:	24 de marzo de 2021

UBICACIÓN

Dirección comercial:	AV. 6 A N 23 - 13
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico:	notificacionesjudiciales@allianz.co
Teléfono comercial 1:	3989339
Teléfono comercial 2:	No reportó
Teléfono comercial 3:	No reportó

Dirección para notificación judicial:	AV. 6 A N 23 - 13
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico de notificación:	notificacionesjudiciales@allianz.co
Teléfono para notificación 1:	No reportó
Teléfono para notificación 2:	No reportó
Teléfono para notificación 3:	No reportó

La sucursal ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1 NO autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Demanda de: ADELAISY VALENCIA MUÑOZ Y OTROS
Contra: ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso: ORDINARIO
Documento: Oficio No.496 del 29 de agosto de 2014
Origen: Juzgado 3 Civil Del Circuito Descongestion de Cali
Inscripción: 01 de octubre de 2014 No. 1966 del libro VIII

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Demanda de: FERNEY MARIN MURILLO

Contra: ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Documento: Oficio No. 3823 del 20 de octubre de 2015

Origen: Juzgado 14 Civil Del Circuito De Oralidad de Cali

Inscripción: 18 de noviembre de 2015 No. 2507 del libro VIII

Demanda de: NORVELLY SERNA LARGO C.C. 31.479.958

Contra: ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

Documento: Oficio No. 936 del 15 de marzo de 2019

Origen: Juzgado Catorce Civil Del Circuito de Cali

Inscripción: 03 de abril de 2019 No. 913 del libro VIII

Demanda de: ZAMARA LORENA SALINAS, JULIAN ANDRES ALVAREZ SALINAS, JORGE ALEJANDRO ALVAREZ SALINAS

Contra: ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso: VERBAL RESPONSABILIDAD EXTR.

Documento: Oficio No. 260 del 12 de marzo de 2020

Origen: Juzgado Primero Civil Del Circuito De Oralidad de Cali

Inscripción: 28 de agosto de 2020 No. 783 del libro VIII

Demanda de: PROYECTAR INGENIERIA S.A.S.

Contra: ALLIANZ SEGUROS SA

Bienes demandados: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (VERBAL-DECLARATIVO)

Documento: Oficio No. 128 del 10 de febrero de 2021

Origen: Juzgado Septimo Civil Del Circuito de Cali

Inscripción: 09 de julio de 2021 No. 1114 del libro VIII

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PROPIETARIO

Nombre:	ALLIANZ SEGUROS SA
NIT:	860026182 - 5
Matrícula No.:	15517
Domicilio:	Bogota
Dirección:	CR 13 A NO. 29 - 24
Teléfono:	5188801

APERTURA DE SUCURSAL

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.800 DEL 16 DE AGOSTO DE 1974, NOTARIA DECIMA DE BOGOTA, INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 13 DE AGOSTO DE 1986 BAJO LOS NROS. 27756 Y 1067 DE LOS LIBROS VI Y V, CONSTA QUE SE CONFIRMO LA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE UNA SUCURSAL DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE CALI.

NOMBRAMIENTO(S)

Por Acta No. 691 del 27 de marzo de 2014, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2014 con el No. 1820 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUBGERENTE SUCURSAL	ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN	C.C.67004161

Por Acta No. 760 del 02 de diciembre de 2019, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 07 de septiembre de 2021 con el No. 1878 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE SUCURSAL	BENITO JOSE FERNANDEZ HEIDMAN	C.C.79317757

PODERES

Por Escritura Pública No. 1461 del 09 de agosto de 2000 Notaria Septima de Bogota, inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2000 con el No. 247 del Libro V POR MEDIO DE LA CUAL COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMIENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASI COMO TAMBIEN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3231 del 14 de agosto de 2007 Notaria Treinta Y Uno de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de septiembre de 2007 con el No. 112 del Libro V , SE CONFIERE PODER GENERAL A WILLIAM BARRERA VALDERRAMA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No.91.297.787 DE BUCARAMANGA, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) OBJETAR LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD PODERDANTE POR ASEGURADORAS, BENEFICIARIOS Y EN GENERAL, CUALQUIER PERSONA, E IGUALMENTE PRONUNCIARSE SOBRE LAS SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN DE OBJECIONES QUE SEAN PRESENTADAS A DICHA SOCIEDAD, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES. B) ASISTIR A AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES QUE COMPROMETAN A LA SOCIEDAD PODERDANTE, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES.

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2008 con el No. 132 del Libro V COMPARECIO CLAUDIA VICTORIA SALGADO RAMIREZ, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 39.690.201 DE USAQUEN Y MANIFESTO: QUE OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. QUE EN TAL CARÁCTER Y POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GOMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA No. 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTA Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO No. 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS:

A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LLAMADAS EN GARANTIA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES. B) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL. C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD ANTES MENCIONADA LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D) NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA SOLICITUD Y PRACTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASI COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICION DE DOCUMENTOS, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑIAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TERMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARAN VALIDA Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVES DE LOS APODERADOS GENERAL AQUÍ DESIGNADOS Y E) EN GENERAL, LOS ABOGADOS MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASI COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 2426 del 09 de julio de 2009 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de julio de 2009 con el No. 121 del Libro V , MEDIANTE EL CUAL SE OTORGA PODER GENERAL A MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON LA C.C. NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NRO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA;PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES MENCIONADAS EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS:

A. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, FISCALIAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMIENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTE U OPOSITORES. B. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL. C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D. REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACION: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TERMINOS, ASISTIR A TODA CLAE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LA SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTA. E. RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3024 del 04 de diciembre de 2014 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de julio de 2015 con el No. 238 del Libro V , COMPARECIÓ ALBA LUCIA GALLEG0 NIETO, IDENTIFICADA CON C.C.30278007 DE MANIZALES, MANIFESTÓ: QUE ACTÚA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (LAS "SOCIEDADES"), EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 263 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONFIEREN PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA.

3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, PRESENTANDO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTÍA.

4. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A PÓLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO, PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, PÓLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES, PÓLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.

5. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORQUE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.

6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CRÉDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.

7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE ÉSTAS.

8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ÉSTA TENGA EN CUSTODIA, SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.

9. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, INSPECCIONES DEL TRABAJO, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES, CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y DE ARBITRAMENTO.

10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.

11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.

12. FIRMAR, FÍSICA, ELECTRÓNICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE ADUANAS E IMPUESTOS TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTÉN A CARGO DE LAS SOCIEDADES.

13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES, CUANDO SEA EL CASO.

14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.

15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHÍCULOS QUE SE EFECTÚEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTES TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRÁMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.

16. CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS- CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-: SEGUROS GENERALES

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS CASA PRINCIPAL

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CAMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS SA

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

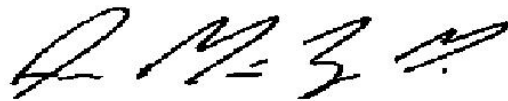
De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

Recibo No. 8238861, Valor: \$3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 082128ZS9C

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.



Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022029851 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

05 de Enero de 2017

Tomador de la Póliza

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	15
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	15
Capítulo III - Siniestros.....	23

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT: 9003636739
	CLL 13 NO.57 50 CALI Teléfono: 4857334 Email: notienecorreo@allianz.co	
Asegurado:	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT: 9003636739
	CLL 13 NO.57 50 CALI Teléfono: 4857334 Email: notienecorreo@allianz.co	
Póliza y duración:	Póliza nº: 022029851 / 0	
	Duración: Desde las 00:00 horas del 31/12/2016 hasta las 24:00 horas del 30/12/2017.	
Importes expresados en PESO COLOMBIANO.		
Intermediario:	Renovable a partir del 30/12/2017 desde las 24:00 horas.	
	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co	

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CLL 13 NO.57 50

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	3.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	3.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	991,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	837,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 01 DE 2011 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	3.000.000.000,00	3.000.000.000,00
10.RC. Profesional	3.000.000.000,00	3.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	50.000.000,00	300.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Centros de Atención Médica

ASEGURADOS:

1. CLINICA PALMA REAL S.A.S
2. ERGIA GLOBAL EN SALUD S. A. S.

CLINICA PALMA REAL S.A.S

Centro médico de alta complejidad - Nivel III

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S. A. S.

Prestación directa de los servicios de salud que se ofrecen en unidades e instituciones de propiedad del Grupo. Sinergia Global integra las Unidades de Atención exclusivamente Ambulatoria en Salud y la Clínica Palma Real)

Las Unidades Ambulatorias son las responsables de la atención en salud en los niveles I y II. Están constituidas por las Unidades de Prevención Clínica, UPREC, y las Unidades Integrales de Salud, UIS, las cuales prestan sus servicios en 36 sedes a nivel nacional. Incluyendo el laboratorio clínico ubicado en la ciudad de Medellín.

UNIDADES DE ATENCIÓN:

- 1.Unidad de Prevención Clínica Cucuta (Sinergia) Calle 9 No. 0E-58
- 2.Unidad de Prevención Clínica Barrancabermeja Diag 56 # 18A-80
- 3.Unidad de Prevención Clínica Rionegro Calle 42 #56-39
- 4.Unidad de Prevención Clínica Montería Calle 26 # 4-41
- 5.Sinergia Salud Atención Básica Junin Calle 54 #

49,61,49,65,49,69,49,73,49,77

- 6.Unidad de Prevención Clínica Medellín Carrera 40 # 49-24
- 7.Unidad de Prevención Clínica Farallones (Sinergia) Calle 9C # 50-25
- 8.Unidad de Prevención Clínica Palmira (Sinergia) Carrea 28 # 44-73
- 9.Unidad de Prevención Clínica del Norte (Sinergia) Av 3raA Norte # 23D-08
- 10.Unidad Integral en Salud Barranquilla Calle 85 # 50-08
- 11.Unidad Integral en Salud Mushaisa Guajira Cra 4 Calle 20 Esq Mushaisa
- 12.Unidad Integral en Salud la Jagua Valledupar Calle 4 # 4-144
- 13.Unidad Integral en Salud Manizales Av Lindsay Calle 65 # 23B-105
- 14.Unidad Integral en Salud Armenia Calle 17 Norte # 11-70
- 15.Unidad Integral en Salud Pereira Cra 12 # 2B-17
- 16.Unidad Integral en Salud Bogotá Calle 110 # 9-25
- 17.UIS Bucaramanga Sinergia Trans 93 # 34-99
- 18.Unidad Integral en Salud Poblado Cra 4 # 18sur 135
- 19.Unidad Integral en Salud UIS Laureles Cra 66B 32D 36
- 20.Unidad Integral en Salud Tulua- Cra 34 # 25-10
- 21.Unidad Integral en Salud Palmira Cra 28 # 44-73
- 22.Unidad Integral en Salud Unicentro Cra 100 # 5-169
- 23.Unidad Integral en Salud Norte Cile 26 Norte # 6N-55
- 24.Sinergia Salud Atención Básica Santa Lucia Av La Cordialidad Transv 54 # 31-121
- 25.Sinergia Salud Atención Básica Manga Manga Av Jimenez # 22-50
- 26.Sinergia Salud Atención Básica Pedro Heredia Av Pedro Heredia Sector Alcibia 35-137
- 27.Sinergia Salud Atención Básica La Unión Cra 14 # 30-20
- 28.Sinergia Salud Atención Básica Murillo Cile 45 # 10-05
- 29.Sinergia Salud Atención Básica Recreo Cile 58 # 38-61
- 30.Sinergia Salud Atención Básica Comfamiliar Cile 48 # 43-104
- 31.Sinergia Salud Atención Básica Riohacha Cra 10 # 14-77
- 32.Sinergia Salud Atención Básica Alfonso López Cra 18 # 11-76
- 33.Sinergia Salud Atención Básica 12 de Octubre Cra 7 # 28-152
- 34.Jagua de Ibirico Cile 12 # 17-84
- 35.Sinergia Salud Atención Básica La Ford Cra 19 # 16ª-87
- 36.Sinergia Salud Atención Básica Barrancabermeja Diag 56 # 18A-80
- 37.Sinergia Salud Atención Básica Meseta Cra 34 # 42-90 Bucaramanga
- 38.Sinergia Salud Atención Básica Cucuta Cile 9 # 0E-58
- 39.Sinergia Salud Atención Básica Santa Barabara Autopista Norte # 103-13
- 40.Sinergia Salud Atención Básica EPS SA Av 6 Av 68 # 17-12
- 41.Sinergia Salud Atención Básica Lourdes Cile 63 # 10-45
- 42.Sinergia Salud Atención Básica Ibague Cra 5 # 39-56
- 43.Sinergia Salud Atención Básica Sogamoso Cra 14 # 16-51
- 44.Sinergia Salud Atención Básica Florencia Cra 15 con Cile 15 Esquina
- 45.Sinergia Salud Atención Básica Neiva Cile 13 # 5-44
- 46.Sinergia Salud Atención Básica Envigado Cile 9 # 0E-58
- 47.Sinergia Salud Atención Básica El Poblado Cra 48 # 10-45
- 48.Sinergia Salud Atención Básica Uraba Apartado Cile 100 # 99,15,17,37
- 49.Sinergia Salud Atención Básica Occidente Cille 33-74E-69
- 50.Sinergia Salud Atención Básica Belen Diag 75B # 6-105
- 51.Sinergia Salud Atención Básica Macarena Cra 24 # 51-02
- 52.Sinergia Salud Atención Básica Pereira Cile 18 # 14-35

- 53.Sinergia Salud Atención Básica El Bosque Cile 22 # 22-65
- 54.Sinergia Salud Atención Básica Buga Cra 14 # 3-07
- 55.Sinergia Salud Atención Básica Imabanco Cra 38A # 54-36
- 56.Sinergia Salud Atención Básica Tequendama Cra 42 # 5E-32
- 57.Sinergia Salud Atención Básica La 80 Cra 80 # 6-71
- 58.Sinergia Salud Atención Básica Santa Clara Cile 13 Diag 23-130
- 59.Sinergia Salud Atención Básica Palmira Cra 28 # 44-73
- 60.Sinergia Salud Atención Básica Tulua Cra 30 # 27-20

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no. De acuerdo a lo definido en el numeral 1 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

2.La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada.

3.La Responsabilidad Civil Profesional Médica directa e indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos profesionales médicos (médicos y cirujanos) empleados, no empleados (adsritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado. De acuerdo a lo definido en los numerales 1 y 2 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL. No obstante lo anterior, se deja constancia que esta póliza no se extiende a amparar a dichos profesionales de forma individual y por lo tanto deberán contar con sus propias pólizas de seguro de responsabilidad civil profesional.

4. Se deja constancia que la presente póliza otorga cobertura al 100% del límite asegurado para los perjuicios extrapatrimoniales y patrimoniales del tercero afectado.

5. Para efectos de la presente póliza, los empleados, socios, directivos o representantes legales del asegurado, así como sus respectivos familiares, serán considerados terceros, cuando estos ingresen en calidad de pacientes a la CLINICA PALMA REAL y/o a SINERGIA GLOBAL EN SALUD

6. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier

reclamación derivada de eventos relacionados con la práctica médica

EXCLUSIONES ADICIONALES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además de las siguientes exclusiones particulares:

1. Queda excluida cualquier reclamación de la EPS del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva, así como cualquier tipo de operación de la participación accionaria correspondiente a la actividad de la EPS del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva
2. Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las instalaciones del asegurado.
3. Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados o al servicio del asegurado.
4. Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas, que no se encuentren relacionadas en la presente póliza
5. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier reclamación derivada de eventos relacionados con la práctica médica

DEDUCIBLES:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

Toda y Cada Pérdida: 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$25.000.000

Gastos Médicos: Opera sin deducible

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de programa de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 879669945

Período: de 31/12/2016 a 30/12/2017

Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	185.000.000,00
IVA	35.150.000,00
IMPORTE TOTAL	220.150.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA

Teléfono/s: 6083170 0

También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500

En Bogotá 5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



**Representante Legal
Allianz Seguros S.A.**

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S DELIMA MARSH SA

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo, con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delegado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y

utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑÍA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑÍA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑÍA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y/o sanciones
- Daños, pérdida o extravío de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante “Irán”) y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
 - Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
 - Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑIA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

GASTOS MEDICOS

Amparo

Se cubren los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO** frente a terceros víctimas de una lesión personal sufrida durante el desarrollo de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo que puedan eventualmente estar cubiertos por esta póliza, así posteriormente se concluya que no estaba comprometida la responsabilidad civil del asegurado; incurridos durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro; para la prestación de primeros auxilios que se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de la lesión personal.

La cobertura brindada por este amparo es de carácter humanitario y de ninguna manera podrá interpretarse como aceptación alguna de responsabilidad por parte de la compañía, ni requiere prueba de responsabilidad civil del asegurado frente a la víctima o víctimas.

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo, y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

Primeros Auxilios: Se entienden por primeros auxilios, los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad destinados a salvar la vida de una persona.

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a

concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le da para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.

- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
- 2. BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
- 3. VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la

vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la “DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO ” que “El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede 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. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

En el primer caso, la revocación da derecho al ASEGURADO a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a QUINCE (15) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer y/o cuando el asegurado sea notificado y llamado a citación a la diligencia de audiencia de conciliación prejudicial.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los TREINTA (30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de SESENTA(60) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



DELIMA MARSH SA

NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022212128 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

10 de Enero de 2018

Tomador de la Póliza

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	15
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	15
Capítulo III - Siniestros.....	23

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro: SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S NIT: 9003636739
CRA 44 N 9C-67
CALI
Teléfono: 4863433
Email: centronotificacionsinergia@coomeva.co

Asegurado: SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S NIT: 9003636739
CRA 44 N 9C-67
CALI
Teléfono: 4863433
Email: centronotificacionsinergia@coomeva.co

Póliza y duración: Póliza n°: 022212128 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 31/12/2017 hasta las 24:00 horas del 28/08/2018.

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Intermediario: Renovable a partir del 28/08/2018 desde las 24:00 horas.
DELIMA MARSH SA
Clave: 1070996
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
NIT: 8903015840
Teléfonos: 6083170 0
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CRA 44 N 9C-67

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ámbito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	3.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	3.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	275,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	1.980,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 01 DE 2011 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	3.000.000.000,00	3.000.000.000,00
10.RC. Profesional	3.000.000.000,00	3.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	50.000.000,00	300.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Centros de Atención Médica

ASEGURADOS:

1. CLINICA PALMA REAL S.A.S
2. SINERGIA GLOBAL EN SALUD S. A. S.

CLINICA PALMA REAL S.A.S

Centro médico de alta complejidad - Nivel III

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S. A. S.

Prestación directa de los servicios de salud que se ofrecen en unidades e instituciones de propiedad del Grupo. Sinergia Global integra las Unidades de Atención exclusivamente Ambulatoria en Salud y la Clínica Palma Real)

Las Unidades Ambulatorias son las responsables de la atención en salud en los niveles I y II. Están constituidas por las Unidades de Prevención Clínica, UPREC, y las Unidades Integrales de Salud, UIS, las cuales prestan sus servicios en 36 sedes a nivel nacional. Incluyendo el laboratorio clínico ubicado en la ciudad de Medellín.

UNIDADES DE ATENCIÓN:

- 1.Unidad de Prevención Clínica Cucuta (Sinergia) Calle 9 No. 0E-58
- 2.Unidad de Prevención Clínica Barrancabermeja Diag 56 # 18A-80
- 3.Unidad de Prevención Clínica Rionegro Calle 42 #56-39
- 4.Unidad de Prevención Clínica Montería Calle 26 # 4-41
- 5.Sinergia Salud Atención Básica Junin Calle 54 #

49,61,49,65,49,69,49,73,49,77

- 6.Unidad de Prevención Clínica Medellín Carrera 40 # 49-24
- 7.Unidad de Prevención Clínica Farallones (Sinergia) Calle 9C # 50-25
- 8.Unidad de Prevención Clínica Palmira (Sinergia) Carrea 28 # 44-73
- 9.Unidad de Prevención Clínica del Norte (Sinergia) Av 3raA Norte # 23D-08
- 10.Unidad Integral en Salud Barranquilla Calle 85 # 50-08
- 11.Unidad Integral en Salud Mushaisa Guajira Cra 4 Calle 20 Esq Mushaisa
- 12.Unidad Integral en Salud la Jagua Valledupar Calle 4 # 4-144
- 13.Unidad Integral en Salud Manizales Av Lindsay Calle 65 # 23B-105
- 14.Unidad Integral en Salud Armenia Calle 17 Norte # 11-70
- 15.Unidad Integral en Salud Pereira Cra 12 # 2B-17
- 16.Unidad Integral en Salud Bogotá Calle 110 # 9-25
- 17.UIS Bucaramanga Sinergia Trans 93 # 34-99
- 18.Unidad Integral en Salud Poblado Cra 4 # 18sur 135
- 19.Unidad Integral en Salud UIS Laureles Cra 66B 32D 36
- 20.Unidad Integral en Salud Tulua- Cra 34 # 25-10
- 21.Unidad Integral en Salud Palmira Cra 28 # 44-73
- 22.Unidad Integral en Salud Unicentro Cra 100 # 5-169
- 23.Unidad Integral en Salud Norte Cile 26 Norte # 6N-55
- 24.Sinergia Salud Atención Básica Santa Lucia Av La Cordialidad Transv 54 # 31-121
- 25.Sinergia Salud Atención Básica Manga Manga Av Jimenez # 22-50
- 26.Sinergia Salud Atención Básica Pedro Heredia Av Pedro Heredia Sector Alcibia 35-137
- 27.Sinergia Salud Atención Básica La Unión Cra 14 # 30-20
- 28.Sinergia Salud Atención Básica Murillo Cile 45 # 10-05
- 29.Sinergia Salud Atención Básica Recreo Cile 58 # 38-61
- 30.Sinergia Salud Atención Básica Comfamiliar Cile 48 # 43-104
- 31.Sinergia Salud Atención Básica Riohacha Cra 10 # 14-77
- 32.Sinergia Salud Atención Básica Alfonso López Cra 18 # 11-76
- 33.Sinergia Salud Atención Básica 12 de Octubre Cra 7 # 28-152
- 34.Jagua de Ibirico Cile 12 # 17-84
- 35.Sinergia Salud Atención Básica La Ford Cra 19 # 16ª-87
- 36.Sinergia Salud Atención Básica Barrancabermeja Diag 56 # 18A-80
- 37.Sinergia Salud Atención Básica Meseta Cra 34 # 42-90 Bucaramanga
- 38.Sinergia Salud Atención Básica Cucuta Cile 9 # 0E-58
- 39.Sinergia Salud Atención Básica Santa Barabara Autopista Norte # 103-13
- 40.Sinergia Salud Atención Básica EPS SA Av 6 Av 68 # 17-12
- 41.Sinergia Salud Atención Básica Lourdes Cile 63 # 10-45
- 42.Sinergia Salud Atención Básica Ibague Cra 5 # 39-56
- 43.Sinergia Salud Atención Básica Sogamoso Cra 14 # 16-51
- 44.Sinergia Salud Atención Básica Florencia Cra 15 con Cile 15 Esquina
- 45.Sinergia Salud Atención Básica Neiva Cile 13 # 5-44
- 46.Sinergia Salud Atención Básica Envigado Cile 9 # 0E-58
- 47.Sinergia Salud Atención Básica El Poblado Cra 48 # 10-45
- 48.Sinergia Salud Atención Básica Uraba Apartado Cile 100 # 99,15,17,37
- 49.Sinergia Salud Atención Básica Occidente Cille 33-74E-69
- 50.Sinergia Salud Atención Básica Belen Diag 75B # 6-105
- 51.Sinergia Salud Atención Básica Macarena Cra 24 # 51-02
- 52.Sinergia Salud Atención Básica Pereira Cile 18 # 14-35

- 53.Sinergia Salud Atención Básica El Bosque Cile 22 # 22-65
- 54.Sinergia Salud Atención Básica Buga Cra 14 # 3-07
- 55.Sinergia Salud Atención Básica Imabanco Cra 38A # 54-36
- 56.Sinergia Salud Atención Básica Tequendama Cra 42 # 5E-32
- 57.Sinergia Salud Atención Básica La 80 Cra 80 # 6-71
- 58.Sinergia Salud Atención Básica Santa Clara Cile 13 Diag 23-130
- 59.Sinergia Salud Atención Básica Palmira Cra 28 # 44-73
- 60.Sinergia Salud Atención Básica Tulua Cra 30 # 27-20

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no. De acuerdo a lo definido en el numeral 1 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

2.La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada.

3.La Responsabilidad Civil Profesional Médica directa e indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos profesionales médicos (médicos y cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado. De acuerdo a lo definido en los numerales 1 y 2 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL. No obstante lo anterior, se deja constancia que esta póliza no se extiende a amparar a dichos profesionales de forma individual y por lo tanto deberán contar con sus propias pólizas de seguro de responsabilidad civil profesional.

4. Se deja constancia que la presente póliza otorga cobertura al 100% del límite asegurado para los perjuicios extrapatrimoniales y patrimoniales del tercero afectado.

5. Para efectos de la presente póliza, los empleados, socios, directivos o representantes legales del asegurado, así como sus respectivos familiares, serán considerados terceros, cuando estos ingresen en calidad de pacientes a la CLINICA PALMA REAL y/o a SINERGIA GLOBAL EN SALUD

6. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier

reclamación derivada de eventos relacionados con la práctica médica

EXCLUSIONES ADICIONALES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además de las siguientes exclusiones particulares:

1. Queda excluida cualquier reclamación de la EPS del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva, así como cualquier tipo de operación de la participación accionaria correspondiente a la actividad de la EPS del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva
2. Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las instalaciones del asegurado.
3. Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados o al servicio del asegurado.
4. Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas, que no se encuentren relacionadas en la presente póliza
5. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier reclamación derivada de eventos relacionados con la práctica médica

DEDUCIBLES:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

Toda y Cada Pérdida: 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$25.000.000

Gastos Médicos: Opera sin deducible

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de programa de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 885243868

Período: de 31/12/2017 a 28/08/2018

Periodicidad del pago: UNICO

PRIMA	125.500.000,00
IVA	23.845.000,00
IMPORTE TOTAL	149.345.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA

Teléfono/s: 6083170 0

También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500

En Bogotá 5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



**Representante Legal
Allianz Seguros S.A.**

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S DELIMA MARSH SA

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo, con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delegado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y

utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑÍA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑÍA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑÍA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y/o sanciones
- Daños, pérdida o extravío de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante “Irán”) y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
 - Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
 - Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑIA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

GASTOS MEDICOS

Amparo

Se cubren los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO** frente a terceros víctimas de una lesión personal sufrida durante el desarrollo de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo que puedan eventualmente estar cubiertos por esta póliza, así posteriormente se concluya que no estaba comprometida la responsabilidad civil del asegurado; incurridos durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro; para la prestación de primeros auxilios que se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de la lesión personal.

La cobertura brindada por este amparo es de carácter humanitario y de ninguna manera podrá interpretarse como aceptación alguna de responsabilidad por parte de la compañía, ni requiere prueba de responsabilidad civil del asegurado frente a la víctima o víctimas.

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo, y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

Primeros Auxilios: Se entienden por primeros auxilios, los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad destinados a salvar la vida de una persona.

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a

concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le da para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.

- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
- 2. BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
- 3. VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la

vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la “DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO ” que “El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede 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. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

En el primer caso, la revocación da derecho al ASEGURADO a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a QUINCE (15) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer y/o cuando el asegurado sea notificado y llamado a citación a la diligencia de audiencia de conciliación prejudicial.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los TREINTA (30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de SESENTA(60) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



DELIMA MARSH SA

NIT: 8903015840
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022320841 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

29 de Agosto de 2018

Tomador de la Póliza

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	15
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	15
Capítulo III - Siniestros.....	23

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro: SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S NIT: 9003636739
CRA 44 N 9C-67 .
CALI
Teléfono: 4863433
Email: centronotificacionsinergia@coomeva.co

Asegurado: SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S NIT: 9003636739
CRA 44 N 9C-67 .
CALI
Teléfono: 4863433
Email: centronotificacionsinergia@coomeva.co

Póliza y duración: Póliza n°: 022320841 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2018 hasta las 24:00 horas del 28/08/2019.

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Intermediario: Renovable a partir del 28/08/2019 desde las 24:00 horas.
DELIMA MARSH SA
Clave: 1070996
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
NIT: 8903015840
Teléfonos: 6083170 0
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CRA 44 N 9C-67 .

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ámbito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	950,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	668,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 01 DE 2011 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	50.000.000,00	300.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Centros de Atención Médica

ASEGURADOS:

1. CLINICA PALMA REAL S.A.S
2. SINERGIA GLOBAL EN SALUD S. A. S.

CLINICA PALMA REAL S.A.S

Centro médico de alta complejidad - Nivel III

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S. A. S.

Prestación directa de los servicios de salud que se ofrecen en unidades e instituciones de propiedad del Grupo. Sinergia Global integra las Unidades de Atención exclusivamente Ambulatoria en Salud y la Clínica Palma Real)

Las Unidades Ambulatorias son las responsables de la atención en salud en los niveles I y II. Están constituidas por las Unidades de Prevención Clínica, UPREC, y las Unidades Integrales de Salud, UIS, las cuales prestan sus servicios en 36 sedes a nivel nacional. Incluyendo el laboratorio clínico ubicado en la ciudad de Medellín.

UNIDADES DE ATENCIÓN:

- 1.Unidad de Prevención Clínica Cucuta (Sinergia) Calle 9 No. 0E-58
- 2.Unidad de Prevención Clínica Barrancabermeja Diag 56 # 18A-80
- 3.Unidad de Prevención Clínica Rionegro Calle 42 #56-39
- 4.Unidad de Prevención Clínica Montería Calle 26 # 4-41
- 5.Sinergia Salud Atención Básica Junin Calle 54 #

49,61,49,65,49,69,49,73,49,77

- 6.Unidad de Prevención Clínica Medellín Carrera 40 # 49-24
- 7.Unidad de Prevención Clínica Farallones (Sinergia) Calle 9C # 50-25
- 8.Unidad de Prevención Clínica Palmira (Sinergia) Carrea 28 # 44-73
- 9.Unidad de Prevención Clínica del Norte (Sinergia) Av 3raA Norte # 23D-08
- 10.Unidad Integral en Salud Barranquilla Calle 85 # 50-08
- 11.Unidad Integral en Salud Mushaisa Guajira Cra 4 Calle 20 Esq Mushaisa
- 12.Unidad Integral en Salud la Jagua Valledupar Calle 4 # 4-144
- 13.Unidad Integral en Salud Manizales Av Lindsay Calle 65 # 23B-105
- 14.Unidad Integral en Salud Armenia Calle 17 Norte # 11-70
- 15.Unidad Integral en Salud Pereira Cra 12 # 2B-17
- 16.Unidad Integral en Salud Bogotá Calle 110 # 9-25
- 17.UIS Bucaramanga Sinergia Trans 93 # 34-99
- 18.Unidad Integral en Salud Poblado Cra 4 # 18sur 135
- 19.Unidad Integral en Salud UIS Laureles Cra 66B 32D 36
- 20.Unidad Integral en Salud Tulua- Cra 34 # 25-10
- 21.Unidad Integral en Salud Palmira Cra 28 # 44-73
- 22.Unidad Integral en Salud Unicentro Cra 100 # 5-169
- 23.Unidad Integral en Salud Norte Cile 26 Norte # 6N-55
- 24.Sinergia Salud Atención Básica Santa Lucia Av La Cordialidad Transv 54 # 31-121
- 25.Sinergia Salud Atención Básica Manga Manga Av Jimenez # 22-50
- 26.Sinergia Salud Atención Básica Pedro Heredia Av Pedro Heredia Sector Alcibia 35-137
- 27.Sinergia Salud Atención Básica La Unión Cra 14 # 30-20
- 28.Sinergia Salud Atención Básica Murillo Cile 45 # 10-05
- 29.Sinergia Salud Atención Básica Recreo Cile 58 # 38-61
- 30.Sinergia Salud Atención Básica Comfamiliar Cile 48 # 43-104
- 31.Sinergia Salud Atención Básica Riohacha Cra 10 # 14-77
- 32.Sinergia Salud Atención Básica Alfonso López Cra 18 # 11-76
- 33.Sinergia Salud Atención Básica 12 de Octubre Cra 7 # 28-152
- 34.Jagua de Ibirico Cile 12 # 17-84
- 35.Sinergia Salud Atención Básica La Ford Cra 19 # 16^a-87
- 36.Sinergia Salud Atención Básica Barrancabermeja Diag 56 # 18A-80
- 37.Sinergia Salud Atención Básica Meseta Cra 34 # 42-90 Bucaramanga
- 38.Sinergia Salud Atención Básica Cucuta Cile 9 # 0E-58
- 39.Sinergia Salud Atención Básica Santa Barabara Autopista Norte # 103-13
- 40.Sinergia Salud Atención Básica EPS SA Av 6 Av 68 # 17-12
- 41.Sinergia Salud Atención Básica Lourdes Cile 63 # 10-45
- 42.Sinergia Salud Atención Básica Ibague Cra 5 # 39-56
- 43.Sinergia Salud Atención Básica Sogamoso Cra 14 # 16-51
- 44.Sinergia Salud Atención Básica Florencia Cra 15 con Cile 15 Esquina
- 45.Sinergia Salud Atención Básica Neiva Cile 13 # 5-44
- 46.Sinergia Salud Atención Básica Envigado Cile 9 # 0E-58
- 47.Sinergia Salud Atención Básica El Poblado Cra 48 # 10-45
- 48.Sinergia Salud Atención Básica Uraba Apartado Cile 100 # 99,15,17,37
- 49.Sinergia Salud Atención Básica Occidente Cille 33-74E-69
- 50.Sinergia Salud Atención Básica Belen Diag 75B # 6-105
- 51.Sinergia Salud Atención Básica Macarena Cra 24 # 51-02
- 52.Sinergia Salud Atención Básica Pereira Cile 18 # 14-35

- 53.Sinergia Salud Atención Básica El Bosque Cile 22 # 22-65
- 54.Sinergia Salud Atención Básica Buga Cra 14 # 3-07
- 55.Sinergia Salud Atención Básica Imabanco Cra 38A # 54-36
- 56.Sinergia Salud Atención Básica Tequendama Cra 42 # 5E-32
- 57.Sinergia Salud Atención Básica La 80 Cra 80 # 6-71
- 58.Sinergia Salud Atención Básica Santa Clara Cile 13 Diag 23-130
- 59.Sinergia Salud Atención Básica Palmira Cra 28 # 44-73
- 60.Sinergia Salud Atención Básica Tulua Cra 30 # 27-20

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no. De acuerdo a lo definido en el numeral 1 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

2.La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada.

3.La Responsabilidad Civil Profesional Médica directa e indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos profesionales médicos (médicos y cirujanos) empleados, no empleados (adsritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado. De acuerdo a lo definido en los numerales 1 y 2 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL. No obstante lo anterior, se deja constancia que esta póliza no se extiende a amparar a dichos profesionales de forma individual y por lo tanto deberán contar con sus propias pólizas de seguro de responsabilidad civil profesional.

4. Se deja constancia que la presente póliza otorga cobertura al 100% del límite asegurado para los perjuicios extrapatrimoniales y patrimoniales del tercero afectado.

5. Para efectos de la presente póliza, los empleados, socios, directivos o representantes legales del asegurado, así como sus respectivos familiares, serán considerados terceros, cuando estos ingresen en calidad de pacientes a la CLINICA PALMA REAL y/o a SINERGIA GLOBAL EN SALUD

6. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier

reclamación derivada de eventos relacionados con la práctica médica

EXCLUSIONES ADICIONALES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además de las siguientes exclusiones particulares:

1. Queda excluida cualquier reclamación de la EPS del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva, así como cualquier tipo de operación de la participación accionaria correspondiente a la actividad de la EPS del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva
2. Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las instalaciones del asegurado.
3. Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados o al servicio del asegurado.
4. Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas, que no se encuentren relacionadas en la presente póliza
5. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier reclamación derivada de eventos relacionados con la práctica médica

DEDUCIBLES:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

Toda y Cada Pérdida:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$25.000.000

Gastos Médicos:

Opera sin deducible

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a:

1. Recibir antes del inicio de vigencia la actualización de médicos de SINERGIA GLOBAL EN SALUD
2. A la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 888790212

Período: de 29/08/2018 a 28/08/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	130.000.000,00
IVA	24.700.000,00
IMPORTE TOTAL	154.700.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA

Teléfono/s: 6083170 0

También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500

En Bogotá 5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



**Representante Legal
Allianz Seguros S.A.**

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S DELIMA MARSH SA

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑÍA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios

profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑÍA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑÍA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑÍA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
 - Contaminación paulatina
 - Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
 - Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y/o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

diferentes al diagnóstico o a la terapia.

2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
 - a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de

- los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

actividades normales en relación con:

- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑIA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

GASTOS MEDICOS

Amparo

Se cubren los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO** frente a terceros víctimas de una lesión personal sufrida durante el desarrollo de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo que puedan eventualmente estar cubiertos por esta póliza, así posteriormente se concluya que no estaba comprometida la responsabilidad civil del asegurado; incurridos durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro; para la prestación de primeros auxilios que se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de la lesión personal.

La cobertura brindada por este amparo es de carácter humanitario y de ninguna manera podrá interpretarse como aceptación alguna de responsabilidad por parte de la compañía, ni requiere prueba de responsabilidad civil del asegurado frente a la víctima o víctimas.

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo, y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

Primeros Auxilios: Se entienden por primeros auxilios, los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad destinados a salvar la vida de una persona.

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicará a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del Asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
- 2. BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
- 3. VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y

perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la “DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO “ que “El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede 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. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

En el primer caso, la revocación da derecho al ASEGURADO a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que

contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza “Ambito Territorial”

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o

BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a QUINCE (15) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer y/o cuando el asegurado sea notificado y llamado a citación a la diligencia de audiencia de conciliación prejudicial.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los TREINTA (30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de SESENTA(60) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrateo. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



DELIMA MARSH SA

NIT: 8903015840
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT 860.026.182-5

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE

Allianz Seguros S.A. certifica que **SINERGICA GLOBAL EN SALUD SAS** identificado con NIT 900.363.673-9 contrató la póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 22320841 con vigencia Desde el 29/08/2018 a las 00:00 horas Hasta el 28/08/2019 a las 24:00 horas la cual fue prorrogada hasta el 28/09/2019 a las 24:00, finalizando por tanto la cobertura.

De igual forma confirmamos que una vez finalizada la vigencia **SINERGICA GLOBAL EN SALUD SAS** no contrato la cláusula de Extensión en el Periodo de Reclamos.

Se expide a solicitud de cliente en la ciudad de Bogotá a los 05 días del mes de noviembre de 2021.

Cordialmente,

**SALAZAR RUBIO
MARIA
ALEJANDRA**

Firmado digitalmente por
SALAZAR RUBIO MARIA
ALEJANDRA
Fecha: 2021.11.05 10:12:14
-05'00'

María Alejandra Salazar R.
Director Nacional | Responsabilidad Civil
Gerencia de Property & Casualty
Allianz Colombia. Cali.
M (+57) 310 777 7192
maria.salazar@allianz.co