PÓLIZA COLECTIVA DE SALUD SWISS LIFE

15/09/2021-1407-P-35-PH-0000000000123-D00I

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO PRELIMINAR

Este contrato se rige por las condiciones generales y las particulares contenidas en esta póliza y por lo no previsto en ellas, se regirá por el código de comercio de la ley colombiana.

Esta póliza se expide con base en las declaraciones realizadas por el **TOMADOR** del seguro y los **ASEGURADOS**, sobre su afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las contenidas en la declaración de asegurabilidad que les ha sido presentada por **LA COMPAÑÍA**, todo lo cual ha determinado la valoración y aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

CONDICIÓN PRIMERA - OBJETO

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en adelante se denominará LA COMPAÑÍA, con sujeción a las condiciones que a continuación se expresan, garantiza a cada ASEGURADO de esta póliza el pago de los gastos médicos en que incurra como consecuencia de un evento médico cubierto por esta póliza y hasta la suma indicada en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de esta póliza. El valor asegurado se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones que efectúe LA COMPAÑÍA durante la vigencia anual de la póliza por el mismo evento médico.

Los pagos se sujetarán a las siguientes condiciones:

1.1. Que sus costos sean habituales y médicamente necesarios, tal como se define en la condición séptima, numerales 7.6. y 7.13. de este contrato.

1.2. Que sean consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad originada o un accidente ocurrido durante la vigencia de la presente póliza o de una maternidad cubierta por esta.

1.3. Que la póliza se encuentre vigente.

1.4. Cada ASEGURADO tendrá derecho a que el valor asegurado sea pagado a través de los conceptos definidos a continuación, hasta el límite por evento médico indicado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral del presente contrato.

Estos conceptos son válidos en todo el mundo, siempre y cuando el domicilio del ASEGURADO se encuentre en el territorio nacional. Cuando el ASEGURADO se encuentre por fuera del territorio nacional por un tiempo mayor a 90 días continuos, durante la vigencia anual de la póliza, no se considerará como residente en Colombia y por lo tanto las atenciones recibidas en el Exterior, una vez cumplido el término antes mencionado, no tendrán cobertura.

CONDICIÓN SEGUNDA - COBERTURAS

Conceptos:

2.1. Habitación hospitalaria

LA COMPAÑÍA reconoce los gastos efectivamente causados por el **ASEGURADO** por pensión diaria, que incluye habitación individual con sala, dieta alimenticia, llamadas telefónicas locales, alquiler de televisión, servicio general de enfermería y cama de acompañante.

2.2. Unidad de cuidado intensivo

Se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por la permanencia en la unidad de cuidado intensivo. Los gastos ocasionados por concepto de honorarios médicos del intensivista se pagarán de acuerdo con lo establecido en dicho concepto, numeral 2.4.3. de esta condición.

2.3. Gastos hospitalarios

En caso de tratamiento médico hospitalario o tratamiento quirúrgico hospitalario o tratamiento quirúrgico ambulatorio, se reconocerán los gastos hospitalarios, exclusivamente por los siguientes conceptos:

2.3.1. Gastos dentro de la hospitalización

Se reconocen los gastos para el cuidado del **ASEGURADO** mientras este permanezca hospitalizado por un tratamiento médico o ingrese a una institución hospitalaria para tratamiento quirúrgico hospitalario o tratamiento quirúrgico ambulatorio, siempre y cuando se suministren durante y como consecuencia directa de la hospitalización o cirugía. Estos gastos pueden ser entre otros: medicamentos, sangre, plasma y sus derivados, suministro de oxígeno, exámenes de laboratorio, servicios de rayos x e imágenes diagnósticas, materiales de curación, procedimientos de diagnóstico, monitoreos, gases arteriales, bombas de infusión, uso de respirador artificial, derechos de sala de cirugía, elementos y suministros quirúrgicos, dotación del quirófano, esterilización, anestésicos, instrumentación, materiales de osteosíntesis y sala de recuperación.

2.3.2. Urgencia

En caso de urgencia en el territorio nacional, se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por la atención de urgencia, siempre y cuando se ocasionen durante y como consecuencia directa de la misma. Para cada atención de urgencia se aplicará el deducible indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral del presente contrato.

2.3.3. Medicamentos, exámenes de laboratorio y radiografías

Se reconocen los medicamentos administrados tal como se define en el numeral 7.18 de la condición séptima - definiciones, de esta póliza, los exámenes de laboratorio y las radiografías practicados al **ASEGURADO**, dentro de los treinta (30) días anteriores al inicio de la hospitalización o cirugía o dentro de los treinta (30) días posteriores a la terminación de la hospitalización o cirugía, siempre y cuando tengan relación directa con la causa de la misma.

2.3.4. Enfermera

Cuando el **ASEGURADO**, durante una hospitalización cubierta por esta póliza o durante los treinta (30) días siguientes a su egreso hospitalario, requiera por prescripción médica del cuidado de una enfermera, **LA COMPAÑÍA** reconocerá un máximo de treinta (30) días de enfermera y como valor diario de los honorarios de esta, un valor máximo equivalente hasta el 40% del límite diario establecido para honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico. Este pago se reconocerá siempre y cuando la enfermera se requiera como consecuencia directa de la enfermedad o accidente que originó la atención.

2.3.5. Transporte terrestre de urgencia

Si un **ASEGURADO** requiere médicamente ser transportado por vía terrestre hasta un centro hospitalario, se reconocerá el servicio de transporte prestado en ambulancia, en las ciudades donde **LA ASEGURADORA** lo ofrece a través de empresas privadas, siempre y cuando haya sido avalado previamente por esta.

2.3.6. Transporte aéreo de emergencia

Si un **ASEGURADO**, debido a una emergencia médica, requiere médicamente ser transportado por vía aérea para ser internado en un centro hospitalario, se reconocerá el servicio de transporte prestado en ambulancia aérea, siempre y cuando haya sido avalado previamente por **LA COMPAÑÍA** y hasta el costo habitual indicado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

2.3.7. Prótesis y aparatos ortopédicos

Se reconocen las siguientes prótesis entre otras: Stent, coil, lente intraocular, cardiodesfibrilador, marcapasos, vasculares, valvulares, articulares, diábolos de miringotomia, endovasculares, endouretrales, y aparatos ortopédicos de uso permanente, así como el alquiler de aparatos ortopédicos de uso temporal, hasta la suma máxima indicada en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

2.3.8. Terapias

Si durante la hospitalización o hasta sesenta (60) días después del egreso hospitalario o hasta sesenta (60) días después del retiro de la inmovilización, si la hubiere, médicamente el **ASEGURADO** requiere la realización de terapias física, respiratoria, del lenguaje o de rehabilitación cardiaca, se reconocen por este concepto hasta sesenta (60) sesiones de cada una de estas terapias, siempre y cuando guarden relación directa con la causa de la hospitalización, y hasta el límite por sesión estipulado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

Quedan excluidas de cobertura, por este concepto, las terapias ambulatorias realizadas por tratamientos de rehabilitación en los siguientes eventos: trauma raquimedular, trauma cráneo encefálico severo, accidente cerebro vascular o enfermedad de Guillain Barré, las cuales tendrán cobertura de acuerdo con lo establecido en el numeral 4.6. de la condición cuarta.

2.3.9. Tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica

Se cubrirán los tratamientos hospitalarios hasta por cuarenta y cinco (45) días, durante la vigencia anual de la póliza.

2.3.10. Tratamientos de odontología por accidente

Cuando como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, se realice al **ASEGURADO** dentro del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente, la reducción e inmovilización de fractura, suturas, eliminación de fragmentos dentarios, eliminación de cuerpos extraños, reimplantación de dientes avulsionados, reposicionamiento de la articulación temporomandibular por luxación, cierre de comunicaciones bucosinusales o buconasales. Así mismo, en caso de que el **ASEGURADO** requiera una reintervención de cualquiera de los anteriores procedimientos, ocasionada por el mismo accidente, se reconocerán los gastos de ésta, únicamente si es consecuencia directa del procedimiento odontológico inicial.

2.4. Honorarios médicos hospitalarios

2.4.1. Honorarios médicos quirúrgicos

Se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por honorarios del cirujano, del anestesiólogo y del ayudante de cirugía.

2.4.2. Honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico

Se reconocen los honorarios por la visita diaria del médico tratante al **ASEGURADO** hospitalizado por un tratamiento no quirúrgico, hasta el costo habitual por visita indicado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza. No obstante lo anterior, cuando el médico tratante realice más de una visita diaria al **ASEGURADO**, la suma diaria a pagar por este concepto no podrá superar el costo habitual diario indicado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

2.4.3. Honorarios médicos del intensivista

Se reconocen los honorarios por el tratamiento del médico intensivista, cuando el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, con una suma máxima diaria de tres (3) veces el costo habitual por visita para honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico, establecido en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

2.4.4. Honorarios médicos por interconsultas

Si el **ASEGURADO** hospitalizado requiere atención médica de especialistas diferentes al médico tratante, se reconocen máximo tres (3) visitas diarias y hasta el costo habitual por visita para honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico, indicado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

2.4.5. Consultas pre o post hospitalarias

En todos los casos de hospitalización para tratamiento médico no quirúrgico o en los casos de tratamiento quirúrgico, **LA COMPAÑÍA** reconocerá hasta cuatro (4) consultas por este concepto

realizadas dentro de los sesenta (60) días anteriores o posteriores a la fecha de la iniciación o de la terminación de la hospitalización, sin exceder el costo habitual por visita para honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico, establecido en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

2.4.6. Consulta preanestésica

En todos los casos de tratamiento quirúrgico **LA COMPAÑÍA** reconocerá una (1) consulta preanestésica, sin exceder el costo habitual por visita para honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico, establecido en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

2.5. Gastos ambulatorios

Se reconocen exclusivamente los siguientes gastos:

2.5.1. Fracturas, esguinces y luxaciones

Se reconocen gastos tales como honorarios médicos por la atención inmediata, rayos x, medicamentos, yeso, otros gastos necesarios y hasta sesenta (60) sesiones de terapia física, siempre y cuando se realicen dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ocurrencia del accidente o dentro de los sesenta (60) días posteriores al retiro de la inmovilización, si la hubiere, y hasta el costo habitual por sesión para terapias, estipulado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

2.5.2. Exámenes de diagnóstico

Se reconocen los gastos incurridos por el **ASEGURADO** por exámenes de diagnóstico diferentes a exámenes de laboratorio clínico, entre otros: Servicios de rayos x, ecografías, resonancia nuclear magnética, tomografías axial computarizada, exámenes de medicina nuclear, spect, pet scan, asi como los medios de contraste que se requieran.

2.5.3. Tratamiento médico ambulatorio

Si durante el tiempo de permanencia continua del **ASEGURADO** en la póliza, requiere tratamiento médico ambulatorio por una o varias de las enfermedades relacionadas a continuación y que las mismas hayan sido cubiertas por esta póliza, se reconocerán los gastos en que incurra tales como honorarios médicos, enfermera, exámenes de laboratorio, suministros, transfusiones, medicamentos, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, hemodiálisis y diálisis peritoneal. Estas enfermedades son:

- Aplasia medular
- Insuficiencia renal aguda o crónica
- lupus eritematoso sistémico
- Cáncer
- Trasplantes
- SIDA cubierto por la póliza
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Para el SIDA cubierto por la póliza, se otorgará por dos (2) años máximo contados a partir de la fecha en que se haya realizado el diagnóstico de la enfermedad, sin perjuicio del tiempo de permanencia contínua del **ASEGURADO** en la póliza.

CONDICIÓN TERCERA - EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados como consecuencia de:

3.1. Tratamiento médico o quirúrgico para atención psiquiátrica o sicológica.

3.2. Tratamiento médico o quirúrgico por intento de suicidio o lesiones causadas deliberadamente por el **ASEGURADO** a sí mismo, sea cual fuere su estado emocional o anímico al causarse la lesión.

3.3. Chequeos médicos con o sin hospitalización.

3.4. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.

3.5. Enfermedades contraídas antes de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, conocidas o no por el **TOMADOR** o **ASEGURADO**, así como sus secuelas o consecuencias.

3.6. Accidentes ocurridos con anterioridad al ingreso del **ASEGURADO** en la póliza, así como sus secuelas o sus consecuencias.

3.7. Rinoplastia o tratamientos o cirugías estéticas o plásticas, salvo las de tipo reconstructivo por accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. Mamoplastias, excepto aquellas reconstructivas como consecuencia de cáncer de seno cubierto por esta póliza. También quedan excluidos los tratamientos para adelgazar y la escleroterapia.

3.8. Atención odontológica en general, tal como: Implantología, cirugía oral y maxilo facial, rehabilitación oral, tratamiento de articulación temporomandibular, periodoncia, endodoncia, ortodoncia, ortopedia maxilar, odontología general, pediatrica y estética.

No se considera accidente las fracturas dentales causadas por la ingestión de alimentos o por morder objetos no comestibles.

3.9. Exámenes y corrección de defectos de refracción visual, como miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, así como el suministro de anteojos, lentes de contacto u otros elementos para corregir la visión. Tampoco se reconocen las terapias de ortóptica.

3.10. Implante coclear, así como los dispositivos para la audición y las consultas para su adaptación y seguimiento.

3.11. Estudios o tratamientos de esterilización o su revertimiento, anticoncepción, fertilización, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, planificación familiar, pruebas genéticas, fecundación in vitro o cambio de sexo.

3.12. Vacunas o tratamientos inmunológicos como las inmunoterapias y los test de alergias, así como las consecuencias que se deriven de ellos.

3.13. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios para el tratamiento de pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que no hayan desarrollado SIDA.

3.14. Tratamientos hospitalarios por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

3.15. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de actos de guerra civil o internacional, sea declarada o no, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil, golpe de estado civil o militar, asonada, terrorismo o lesiones causadas por fisión o fusión nuclear.

3.16. Lesiones sufridas por la participación del **ASEGURADO** en delitos.

3.17. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.

3.18. Cualquier forma de medicina alternativa, medicina no tradicional o medicina experimental y la acupuntura.

3.19. Gastos médicos ocasionados por atenciones prestadas por instituciones o profesionales que no estén legalmente autorizados para el ejercicio de las actividades médicas.

3.20. Todo tratamiento médico o quirúrgico debido a desórdenes o deformidades nasales o del tabique nasal que no sean consecuencia de un accidente. La prueba del mismo deberá confirmarse por medio de radiografías, tomadas al **ASEGURADO** dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia y con el resumen de la historia clínica expedido por la entidad hospitalaria en donde recibió la atención.

3.21. Honorarios y gastos por servicios ordenados o prestados por el cónyuge o por familiares del **ASEGURADO** hasta el segundo grado de consanguinidad.

3.22. Los gastos de viaje o de transporte para recibir servicios médicos, con excepción de los ocasionados por transporte terrestre de urgencia o transporte aéreo de emergencia definidos en la condición primera objeto - cobertura de esta póliza.

3.23. Estudios, tratamientos o enfermedades causadas directa o indirectamente por sustancias biológicas y/o químicas, veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.

3.24. Gastos en el Exterior por cualquier enfermedad que haya sido diagnosticada antes de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, exceptuando los gastos por atenciones de recién nacidos de embarazos cubiertos por la póliza y las de accidentes o enfermedades infecciosas diferentes al SIDA.

CONDICIÓN CUARTA - AMPLIACIONES A LA COBERTURA

A pesar de lo establecido en la condición tercera de esta póliza, exclusiones, la cobertura se extiende a cubrir los gastos médicos ocasionados por la atención brindada al **ASEGURADO** por los eventos citados a continuación, siempre y cuando se cumplan las condiciones indicadas en cada uno de ellos:

4.1. Para preexistencias

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos ocasionados en el territorio nacional por la atención de preexistencias, cuando hayan sido declaradas por el tomador o el **ASEGURADO** en el momento de su inclusión en la póliza, siempre y cuando las mismas no se encuentren excluidas mediante condición particular y/o general.

4.2. Para recién nacido

Los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por la póliza, gozarán en forma automática, desde el mismo instante del parto, de todas las coberturas vigentes en el momento del nacimiento, siempre y cuando se efectúe la inclusión del recién nacido en esta póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento. Igualmente, si se reúnen las condiciones señaladas anteriormente, se extiende a cubrir a los recién nacidos prematuros.

Adicionalmente se cubrirá la valoración del recién nacido en la sala de partos por el pediatra, sin exceder el costo habitual por visita para honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico establecido en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

En caso de que el embarazo sea múltiple, esta ampliación se concederá independientemente para cada recién nacido.

4.3. Para bebés con enfermedades congénitas

Los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por la póliza, gozarán en forma automática del tratamiento y gastos relacionados con las atenciones por enfermedades congénitas, siempre y cuando se efectúe la inclusión del recién nacido en esta póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento.

En caso de que el embarazo sea múltiple, esta cobertura se concederá independientemente para cada recién nacido ente para cada recién nacido.

4.4. Para trasplantes, obtención y traslado del órgano y re-transplantes

Se cubren los costos ocasionados para la realización de trasplantes siempre y cuando la enfermedad que lo ocasionó haya sido cubierta por la póliza.

Los costos ocasionados para obtener y transportar los órganos, para realizar el trasplante a un **ASEGURADO**, se cubrirán por evento médico hasta la suma máxima indicada en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

Si el **ASEGURADO** requiere un retrasplante, se reconocerá cada vez que sea medicamente necesario y siempre y cuando los gastos médicos del transplante inicial hubieran sido cubiertos por **LA ASEGURADORA**.

4.5. Para tratamiento de hospitalización domiciliaria

Cuando médicamente el **ASEGURADO** requiera continuar domiciliariamente con un tratamiento hospitalario, por un evento médico o quirúrgico amparado por esta póliza, **LA ASEGURADORA** podrá avalar el tratamiento domiciliario del **ASEGURADO**, siempre y cuando se cumplan todos los siguientes requisitos:

4.5.1. Que el tratamiento pueda ser brindado en forma médicamente segura para el **ASEGURADO**.

4.5.2. Que se realice en el domicilio del **ASEGURADO**.

4.5.3. Que medie aval de **LA ASEGURADORA** para la realización de este tratamiento.

4.5.4. Que el tratamiento sea realizado por personal médico legalmente autorizado.

4.5.5. Que esté soportado con todos los requisitos de historia clínica.

4.5.6. Que se realice en una de las ciudades donde **LA ASEGURADORA** ofrece este servicio a través de empresas privadas.

4.5.7. La duración de esta cobertura se determinará con base en los reportes médicos suministrados por el proveedor de **LA ASEGURADORA** para este servicio.

4.5.8. En caso de estados comatosos, enfermedades degenerativas o desmielinizantes del sistema nervioso central, como la esclerosis múltiple, **LA ASEGURADORA** solo reconocerá por evento médico hasta ciento veinte (120) días de hospitalización domiciliaria. Si el **ASEGURADO** no hace uso de estos días durante la vigencia anual de la póliza, el límite de ciento veinte (120) días se mantendrá para las renovaciones siguientes. En caso contrario, este límite de días se disminuirá en el mismo número de días utilizados por el **ASEGURADO** y se van agotando, sin que haya lugar al restablecimiento del número de días en cada renovación de la póliza.

4.6. Tratamientos de rehabilitación

Se cubrirán los tratamientos de rehabilitación por los siguientes eventos:

- Trauma raquimedular.
- Trauma craneoencefálico severo.
- Accidente cerebro vascular.
- Enfermedad de Guillain Barré.
- Enfermedad Coronaria

Se reconocen siempre y cuando el tratamiento se inicie dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha del egreso hospitalario por el accidente o la enfermedad antes mencionado y hasta por un termino máximo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de inicio del tratamiento de rehabilitación o hasta el costo habitual vigente en la fecha del egreso hospitalario, indicado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza, lo que se cumpla primero.

CONDICIÓN QUINTA - LIMITACIONES A LA COBERTURA

La cobertura de la póliza surtirá efecto a partir de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza a excepción de las limitaciones que a continuación se indican:

5.1. Maternidad

De este concepto gozarán todas las mujeres aseguradas en esta póliza, siempre y cuando el embarazo se inicie después del primer día del segundo mes de permanencia continua de la **ASEGURADA** en la póliza.

Cuando la atención del parto se produzca en el Exterior, se cubrirán los gastos ocasionados por ésta, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

5.2. Reemplazo de prótesis y aparatos ortopédicos

Si el **ASEGURADO** requiere médicamente el reemplazo de una prótesis o de un aparato ortopédico, éste se reconocerá únicamente si se cumplen los siguientes requisitos:

5.2.1. Que la prótesis o el material ortopédico inicial haya sido reconocido por **LA ASEGURADORA**, y

5.2.2. Que no se haya superado el límite máximo para prótesis y aparatos ortopédicos, establecido en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza.

5.3. Tratamiento hospitalario para el SIDA

Si el **ASEGURADO** por un SIDA cubierto por la póliza, requiere médicamente tratamiento hospitalario por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, este se otorgará a partir de la fecha del diagnóstico del SIDA.

5.4. Cubrimiento en el Exterior

En ningún caso se cubren los gastos en el Exterior por cualquier enfermedad que haya sido diagnosticada antes de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, exceptuando los gastos derivados de atenciones de recién nacidos de embarazos cubiertos por la póliza y las de accidentes o enfermedades infecciosas diferentes al SIDA.

Las atenciones prestadas al **ASEGURADO** en el Exterior incluyendo las de urgencia, se reembolsarán a la tasa representativa del mercado vigente en la fecha en que se haya prestado la atención y hasta el monto establecido para atenciones en el Exterior, indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de este contrato.

CONDICIÓN SEXTA - PERÍODOS DE CARENCIA

LA COMPAÑÍA reconocerá los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO**, por los eventos médicos ocasionados por las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando estén cubiertos por la póliza, no sean preexistentes y una vez se haya cumplido el período de carencia indicado para cada una de ellas, el cual empieza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en la póliza.

Las enfermedades con período de carencia son las siguientes:

Enfermedad	Período de carencia
• Enfermedad coronaria	6 meses
• Cálculos biliares (en la vesícula)	12 meses
• Cálculos urinarios o renales	12 meses
• Cistocele o rectocele	12 meses
• Hernias de cualquier tipo	12 meses
• Miomatosis uterina (miomas)	12 meses
• Várices	12 meses
• SIDA	12 meses

CONDICIÓN SÉPTIMA - DEFINICIONES

Todos los términos definidos a continuación aplican para el presente clausulado.

7.1. Accidente: Suceso repentino, externo, fortuito e independiente de la voluntad del **ASEGURADO** que produzca lesiones en su integridad física.

7.2. Aparato ortopédico: Dispositivo que se utiliza para sostener, alinear, prevenir o corregir las deformidades o para mejorar la función de las partes movibles del cuerpo.

7.3. Asegurado: Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura.

7.4. Asegurado principal: En las pólizas individuales es quien sea designado como tal en la solicitud del seguro.

En las pólizas colectivas es la persona que tenga un vínculo con el **TOMADOR** distinto al de la contratación del seguro.

7.5. Atención ambulatoria: Es el ingreso del **ASEGURADO** a un centro de atención de salud legalmente establecido, para recibir tratamiento médico, paramédico y/o quirúrgico, con una permanencia de menos de veinticuatro (24) horas en él.

7.6. Costo habitual: Es el valor cobrado en caso de que no existiera seguro, por un servicio o suministro igual o similar al prestado al **ASEGURADO**, por la mayoría de los médicos de la misma especialidad o zona geográfica o por las instituciones dentro de la zona geográfica en la cual fue prestado el servicio.

En caso de que los costos cobrados a **LA COMPAÑÍA**, por los servicios prestados al **ASEGURADO**, sean superiores a su costo habitual, **LA COMPAÑÍA** podrá disminuir el monto de la indemnización hasta el costo habitual de los mismos.

7.7. Emergencia médica: Es toda situación imprevista que requiera una atención médica y/o quirúrgica inmediata, consistente en establecer un criterio diagnóstico y/o actitud terapéutica, evitando de esta manera un riesgo vital.

7.8. Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

7.9. Enfermedad congénita: Enfermedad que nace con el individuo y que se adquiere durante el embarazo.

7.10. Enfermera (o): Es el profesional legalmente autorizado, para ejercer la práctica de la enfermería.

7.11. Evento médico: Es todo acto médico que comprende todas las atenciones ambulatorias, hospitalarias o quirúrgicas, que requiera cualquiera de los asegurados por concepto de una enfermedad, accidente o maternidad cubierto por la póliza.

7.12. Experimental: Significa que un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento, no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica nacional o internacional y se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o cualquier fase de un experimento clínico.

7.13. Gasto médicamente necesario: Es el prescrito por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del **ASEGURADO**, el cual no debe exceder en alcance, duración e intensidad, el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro y apropiado y, además, debe ser consistente con las normas profesionales aceptadas por la comunidad médica. Al decir "no exceder en alcance, duración e intensidad", se hace referencia a la racionalidad, pertinencia y buen uso de la tecnología y del recurso humano, con que cuenta la comunidad médica de la zona de referencia, relacionando cada caso en particular con las posibilidades diagnósticas y terapéuticas tradicionalmente aceptadas por el cuerpo médico, teniendo en claro que exista un beneficio real en la recuperación funcional que va a obtener el **ASEGURADO** con los procedimientos o tratamientos realizados.

7.14. Hospitalización: Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas. Duraciones inferiores se considerarán como atención ambulatoria.

7.15. Indemnización: Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligado a pagar el asegurador, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguro.

7.16. Institución hospitalaria: Es cualquier institución prestadora de servicios de salud legalmente autorizada por los organismos gubernamentales competentes, para prestar el servicio requerido por el **ASEGURADO**. No se consideran instituciones hospitalarias, para efecto de este seguro, los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, clínicas neuro-psiquiátricas, instituciones dedicadas al tratamiento de adicción a las drogas o al alcohol e instituciones similares.

7.17. Material de osteosíntesis: Implementos utilizados para fijar entre sí los extremos de un hueso fracturado tales como anillos, placas, alambres, clavos y tornillos.

7.18. Medicamentos administrados: Son las dosis de medicamentos formulados por el médico tratante, adquiridos y consumidos por el **ASEGURADO**.

7.19. Preexistencia: Enfermedad, malformación o afección ocurrida u originada o cuyos síntomas y/o signos clínicos se hayan manifestado antes de la fecha de iniciación del contrato de seguro o de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, independientemente de que su diagnóstico se realice durante la ejecución del contrato.

15/09/2021-1407-P-35-PH-0000000000123-D00I
15/09/2021-1407-NT-P-35-SALUD00702349999

7.20. Prótesis: Sustituto artificial de una parte faltante o fallante del cuerpo que reemplaza funcionalmente una estructura.

7.21. Residente en el territorio nacional: Es la persona **ASEGURADA** que reside por más de 270 días continuos durante la vigencia anual de la póliza en el territorio nacional.

7.22. Retrasplante: Es el trasplante practicado a una persona a la que previamente se le había realizado el trasplante del mismo órgano.

7.23. SIDA cubierto por la póliza (síndrome de inmunodeficiencia adquirida): Padece SIDA cubierto por la póliza toda persona que cumpla las siguientes condiciones: 1. Que presente una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot, 2. Que presente cualquiera de las enfermedades asociadas y aceptadas como tales internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud en el momento de la ocurrencia del evento médico y 3. Que el mismo sea proveniente de una infección por VIH adquirida durante el tiempo de permanencia del **ASEGURADO** en la póliza.

7.24. Tomador: Es la persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y al que le corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo los que por su naturaleza correspondan al **ASEGURADO**.

7.25. Tratamiento ambulatorio: Son los servicios médicos suministrados al **ASEGURADO** fuera de una institución hospitalaria o dentro de ella durante un periodo de tiempo menor de veinticuatro (24) horas, tales como honorarios médicos, enfermera, exámenes de laboratorio, suministros, transfusiones, medicamentos, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, hemodiálisis y diálisis peritoneal.

7.26. Urgencia: Se entiende por urgencia el accidente o enfermedad imprevista que sufra el **ASEGURADO**, el cual, de no atenderse de inmediato, tendría como consecuencia la perdida de la vida o de un órgano o miembro, o daño corporal irreversible.

CONDICIÓN OCTAVA - ELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal conoce que tiene la facultad de elegir en el momento de requerir la utilización de los servicios médicos, si emplea los contratados por esta póliza o los del plan obligatorio de salud P.O.S., al cual se encuentra afiliado.

CONDICIÓN NOVENA - GARANTÍA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL

En caso de que el **ASEGURADO** principal se encuentre dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, deberá declararlo a **LA ASEGURADORA** en la solicitud de seguro de esta póliza indicando el régimen al cual pertenece.

Si durante la vigencia de este contrato, el **ASEGURADO** principal o algún miembro del grupo asegurado cambian de E.P.S. o deja de pertenecer al régimen de excepción, deberá informar esta circunstancia a **LA ASEGURADORA**, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud a la que pertenece.

Parágrafo- garantía de conducta de Seguridad Social en Salud

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del Decreto 806 de 1998 y demás normas que lo

modifiquen, aclaren o adicionen, y para efectos de la suscripción de este contrato, **LA ASEGURADORA** verificará que el **ASEGURADO** principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por lo tanto, el **TOMADOR** y/o **ASEGURADO** principal se obligan a informar a **LA ASEGURADORA**, en el momento de diligenciar la solicitud de seguro de esta póliza, el nombre de la Entidad Promotora de Salud E.P.S., a la cual se encuentra afiliado el **ASEGURADO** y su grupo asegurado.

El **TOMADOR** asume como garantía de conducta mantener vigente la afiliación y cotización de los asegurados al régimen contributivo de salud, esto es, una vinculación y pago a una Entidad Prestadora de Servicios de Salud (o la entidad que haga sus veces según el marco legal vigente), que cubra el Plan Obligatorio de Salud, (o el conjunto de servicios y tecnologías aprobados en el país para la atención en salud que haga sus veces según el marco legal vigente).

Si durante la vigencia de este contrato o al momento de la renovación, el **ASEGURADO** principal pierde su calidad de afiliado al régimen contributivo de salud o aún régimen de excepción si es el caso, **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de excluirlo del seguro de forma inmediata, reintegrando las primas pagadas y no devengadas según sea el caso, sin que por ello se entienda que fue desvinculado del seguro sin justa causa, ni que se estén vulnerando sus derechos como consumidor financiero, por tratarse de una causal objetiva, por la inobservancia de una exigencia legal que constituye prerrequisito para la vigencia del contrato de seguro.

La anterior garantía se pacta en razón de la naturaleza de plan adicional de salud que tiene este seguro.

Si el **TOMADOR** incumpliere la garantía de conducta pactada en la presente condición respecto de uno o algunos de los **ASEGURADOS**, las sanciones a las que haya lugar derivadas de dicho incumplimiento no tendrán efectos respecto del seguro colectivo, sino únicamente frente a aquellos **ASEGURADOS** que no se encuentren afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o a los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 en el artículo 27.

CONDICIÓN DÉCIMA - PERSONAS ASEGURABLES

Pueden inscribirse como asegurados de esta póliza, mediante el pago de la prima respectiva, todos los empleados, socios, o afiliados de la entidad tomadora y/o sus familiares dependientes. Se entiende por familiares dependientes el cónyuge o compañero permanente y los hijos solteros hasta los 30 años de edad. Si un **ASEGURADO** principal es soltero, sus padres siempre y cuando no hayan cumplido los 66 años de edad.

Si un **ASEGURADO** principal en el momento de su inclusión en la póliza no tuviere familiares dependientes, pero llegare a tenerlos en el futuro, deberá solicitar la inclusión de estos en la póliza a mas tardar un mes después de la fecha de su matrimonio, unión libre o del nacimiento de su hijo, según sea el caso, a fin de que se les conceda el amparo a partir del primer día del mes siguiente a la inscripción, de lo contrario el **ASEGURADO** deberá esperar hasta el próximo período de inscripción.

La persona no tendrá la calidad de **ASEGURADO** hasta que **LA COMPAÑÍA** acepte por escrito su inclusión como **ASEGURADO** en la póliza.

15/09/2021-1407-P-35-PH-0000000000123-D00I
15/09/2021-1407-NT-P-35-SALUD00702349999

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - RETIRO DE ASEGURADOS

El retiro de asegurados se podrá tramitar en cualquier momento durante vigencia del seguro.

Si la prima es de pago anual o semestral el valor de la prima no devengada será devuelto al **TOMADOR** de la póliza.

En todos los casos la solicitud de retiro de asegurados debe estar acompañada del carné de cada **ASEGURADO** a retirar.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En el caso de eventos médicos que afecten el concepto de gastos hospitalarios, **LA COMPAÑÍA** o el **ASEGURADO**, si lo consideran necesario, podrán solicitar una segunda opinión médica, previa a la realización del tratamiento o procedimiento médico, la cual será pagada en su totalidad por **LA COMPAÑÍA**, y el **ASEGURADO** estará en la obligación de colaborar para su realización. En caso de que la segunda opinión no coincida con la recomendación médica inicial, **LA COMPAÑÍA** podrá solicitar una tercera opinión y el **ASEGURADO** estará en la obligación de colaborar para su realización.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - PAGO DE PRIMAS

13.1. Obligación de pago, períodos de pago y recargo por fraccionamiento de la prima

El **TOMADOR** de la póliza está obligado al pago de la prima dentro de los términos establecidos en esta condición.

Las primas son anuales, pero podrán ser pagadas en fracciones semestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes, según la periodicidad de pago, liquidados sobre el valor de la prima anual.

La prima inicial debe pagarse en el momento de la entrega de la póliza.

Si los pagos son fraccionados, las cuotas posteriores a la primera, así como la primera cuota de las anualidades siguientes a la primera, deben cancelarse el día en que se inicia la fracción correspondiente.

No obstante lo anterior, **LA COMPAÑÍA** otorga un período de gracia para el pago de la prima, de un mes contado a partir del día en que inicia la fracción correspondiente.

13.2. Falta de pago de la prima

Si la prima no fuere pagada dentro del plazo establecido en el numeral anterior, una vez vencido éste, se producirá la terminación automática del contrato.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - PERFECCIONAMIENTO E INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL CONTRATO

La cobertura contenida en el presente contrato, entra en vigencia en el día y hora indicados en la carátula de la póliza.

15/09/2021-1407-P-35-PH-0000000000123-D00I
15/09/2021-1407-NT-P-35-SALUD00702349999

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - COBERTURA ININTERRUMPIDA

Como beneficio para el grupo **ASEGURADO**, con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, ésta se renovará de manera sucesiva por el termino inicialmente contratado salvo que se presenten los siguientes eventos:

15.1. Opere alguna causal de terminación.

15.2. El **TOMADOR** o **ASEGURADO** manifiesten en cualquier momento, su intención de revocar la póliza o los certificados individuales de seguro, respectivamente, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el término no corrido de la vigencia al **TOMADOR**.

15.3. El **ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten a **LA ASEGURADORA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza o de los certificados individuales de seguro, respetivamente, su voluntad de que no se renueven para una nueva vigencia.

15.4. **LA ASEGURADORA** manifieste al **TOMADOR** o al **ASEGURADO** con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza o de los certificados individuales de seguro, su voluntad de no renovarlos.

La póliza será renovada teniendo en cuenta la opción contratada por el **ASEGURADO**, así como las condiciones, términos y costos que estén vigentes en el momento en que ésta se realice. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de ajustar las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual en cada vigencia remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente al nuevo valor asegurado y nuevo valor de prima para la anualidad.

LA ASEGURADORA enviará al **TOMADOR** el certificado de renovación con no menos de un (1) mes de anticipación a la fecha de aniversario de la póliza, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la póliza a renovar, y la razón de dichos cambios.

El **TOMADOR** únicamente podrá solicitar inclusión o exclusión de anexos al momento de la renovación de la póliza, previa aprobación de **LA ASEGURADORA** y sujeto a las condiciones de la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - CAUSALES DE NULIDAD

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. 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 contrato, con sujeción al artículo 1058 y concordantes del código de comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA - RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

En caso de que la presente póliza no sea renovada a la fecha de la terminación de su vigencia y, el **ASEGURADO** se encuentre recibiendo los servicios por un evento medico amparado por este seguro, **LA**

COMPAÑÍA solo será responsable de cubrir los costos por los conceptos definidos en la condición primera, generados por la atención medica en curso. Por lo tanto, los costos de un evento médico que se causen con posterioridad a la fecha de terminación de la vigencia de este contrato, no estarán cubiertos aunque se deriven de una enfermedad originada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL

LA COMPAÑÍA no responderá en ningún caso por perjuicios civiles de cualquier índole, contractuales o extracontractuales, causados al **ASEGURADO**, que puedan derivarse de un diagnóstico o tratamiento o intervención equivocada o defectuosa realizada por parte de alguno (s) de los profesionales o instituciones adscritas o sugeridas por **LA COMPAÑÍA**.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - SUBROGACIÓN

Cuando la indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal cede a **LA COMPAÑÍA** los derechos, acciones y privilegios que tendría contra el tercero o contra cualquier otra persona que resultare obligada por la conducta del tercero, para efectos de cobrar el monto total de lo pagado según las condiciones del contrato.

Para tal efecto, el solo hecho del pago de los servicios médicos prestados al **ASEGURADO**, faculta automáticamente a **LA COMPAÑÍA** para reclamar al tercero el monto de lo pagado. Para este fin, el **ASEGURADO** se compromete a entregar a **LA COMPAÑÍA** las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones correspondientes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA - NOTIFICACIONES

Salvo el aviso del evento médico, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envió del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la ultima dirección registrada en el contrato de seguro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA - RECLAMACIONES

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del evento médico y su cuantía.
LA COMPAÑÍA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo crea conveniente mientras se encuentre en tramite una reclamación.

El **ASEGURADO** autoriza a **LA COMPAÑÍA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA COMPAÑÍA** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

15/09/2021-1407-P-35-PH-0000000000123-D00I
15/09/2021-1407-NT-P-35-SALUD00702349999

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA - CONVERSIÓN AUTOMÁTICA

Cuando **LA COMPAÑÍA** genere un nuevo producto de salud, el **ASEGURADO** autoriza a **LA COMPAÑÍA**, para que a la terminación de su vigencia anual, esta póliza se convierta automáticamente en el nuevo producto.

Para el efecto, **LA COMPAÑÍA** enviará al **ASEGURADO**, por lo menos con noventa (90) días de anticipación a la fecha de renovación de esta póliza, a la última dirección registrada en el contrato de seguro y por correo certificado, las condiciones en que se modifica este contrato, para que el **ASEGURADO** por lo menos con treinta (30) días de antelación a la fecha de renovación de esta póliza, manifieste por escrito a **LA COMPAÑÍA** su voluntad de aceptar la conversión.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA - TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de cualquiera de los asegurados en esta póliza termina por las siguientes causas:

21.1. Cuando el **ASEGURADO** principal termine por cualquier causa su relación o vinculación con el **TOMADOR** de la póliza.

21.2. Cuando el **ASEGURADO** principal solicite su desvinculación del seguro.

21.3. Por solicitud escrita del tomador de no renovar la póliza.

ANEXO DE CONSULTA EXTERNA TRADICIONAL

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑÍA, durante la vigencia del presente anexo, el cual hace parte integral de esta póliza, de acuerdo con las condiciones que el mismo contempla y en consideración del pago de la prima correspondiente, se obliga a reembolsar al ASEGURADO el valor de los servicios definidos en la condición segunda del presente anexo y hasta los límites por vigencia y por ASEGURADO establecidos en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral del presente contrato.

CONDICIÓN SEGUNDA - SERVICIOS

El presente anexo cubrirá únicamente los siguientes servicios de consulta externa:

2.1. Consultas médicas: Se cubren por este concepto las consultas médicas ambulatorias de medicina general, medicina especializada, incluyendo nutrición, medicina complementaria o alternativa, consulta psiquiátrica y psicológica, medicina alternativa, bioenergética y homeopatía (solo la consulta).

2.2. Gastos médicos: Se cubren por este concepto los exámenes de laboratorio clínico, terapias respiratoria, ocupacional, de lenguaje y ortóptica.

El valor total a pagar por los anteriores servicios y practicados a un mismo ASEGURADO, no podrá sobrepasar el límite por vigencia de este anexo, establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral del presente contrato.

Las demás condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza, no modificadas por el presente anexo, continúan en vigor y son aplicables a éste.

15/09/2021-1407-P-35-PH-0000000000123-D00I
15/09/2021-1407-NT-P-35-SALUD00702349999