

Doctora
MARÍA ELENA ARIAS LEAL.
Juez Sexto Civil del Circuito de Cúcuta.
E.S.D.

REFERENCIA: CONTESTACION DE DEMANDA
RADICADO: 540013153 006 2021 00241 00.
DEMANDANTE: FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO Y OTROS.
DEMANDADOS: HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO Y OTROS.

ROMMEL ALEXANDER SEGURA BOTERO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.045.708.069 De Barranquilla, abogado portador de la tarjeta profesional No. 300.734 Del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial del doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.315.550 De Santo Tomas, quien para efectos de la presente actuación de acuerdo a memorial de poder conferido por él, por medio del presente, encontrándome dentro del término legal, me permito descorrer el traslado de la demanda, lo cual lo hago en los siguientes términos:

PRETENSIONES Y CONDENAS

A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS:

Manifiesto que mi prohijado se opone a todas y cada una de las declaraciones, pretensiones de la demanda y condenas solicitadas por los accionantes, procederé a indicar el sentido de tal oposición, así conforme la pretensión de la parte actora:

Me opongo en lo que corresponde a mi mandante, toda vez que el doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO, en su valoración al señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, fue oportuno a la patología que el paciente padecía, y se determinó la conducta por las características típicas del paciente, cumpliéndose con el estándar de diligencia profesional exigido; se observa el actuar comprometido, y oportuno brindado al paciente en la valoración médica.

Con respecto a la declaración de condena 2.1. y 2.1.2.

Me opongo al reconocimiento de los perjuicios materiales (patrimoniales), solicitados, no se puede endilgar responsabilidad alguna a mi prohijado, así las cosas, no podría generarse daño alguno atribuible a mi representado, por todo lo anterior nos oponemos a la declaración y a la solicitud de condena, pues no existe por parte de representado la obligación de resarcir perjuicios.

Con respecto a la declaración de condena 2.2.

Me opongo al reconocimiento de todos los perjuicios extrapatrimoniales solicitados, no se puede endilgar responsabilidad alguna a mi prohijado, así las cosas, no podría generarse daño alguno atribuible a mi representado, por todo lo anterior nos oponemos a la declaración y a la solicitud de condena, pues no existe por parte de representado la obligación de resarcir perjuicios.

Con respecto al perjuicio moral 2.2.1.

Manifiesto que me opongo cada uno de los daños inmateriales solicitado para los demandantes FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, ERMILDA DEL ROCIO OROZCO LAVERDE, JESUS ORLANDO PEÑA CAMARGO, DEYSI CAROLINA MURILLO, ADRIAN ARSLEY PEÑA MURILLO, TAI ANGELINA PEÑA MURILLO, RAMON ORLANDO PEÑA OROZCO, JESUS JAVIER PEÑA OROZCO, VIVIAN YANISE PEÑA OROZCO, ADRIANA STELLA PEÑA OROZCO, SANDRA ROCIO PEÑA OROZCO, MICHELL VALERIA PEREZ PEÑA, LAURA GABRIELA PEÑA OROZCO, YENNY ALEJANDRA GALVIS PEÑA, YEFERSON DAVID LOPEZ

OROZCO, KYARA YERALDY JULIO CORTES, GUSTAVO SANCHEZ DURAN y DARWIN ARTURO ARIZA TIRIA, toda vez que con el actuar de mi prohijado en la atención médica brindada al señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, no se generó ningún tipo de perjuicio moral, pues la atención fue conforme a los estándares de la lex artis, en forma inculposa, además estos deben ser probados y tasados por el juez al momento de fallar.

De la misma manera tal daño moral solicitado es exorbitante.

Con respecto al perjuicio daño a la vida de relación 2.2.2.

Con respecto a esta petición solicitada por el de señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, por concepto de perjuicios de daño a la vida en relación con motivo de la afectación, manifiesto que me opongo a cada uno de los daños inmateriales toda vez que con el actuar de mi prohijado, no se generó ningún tipo de daño, pues la atención fue conforme a los estándares de atención en forma inculposa, además estos deben ser probados y tasados por el juez al momento de fallar.

De la misma manera tal daño moral solicitado es exorbitante.

Con respecto al perjuicio en modalidad de daño a un derecho constitucional y convencionalmente protegido.

Con respecto a esta petición solicitada por el de señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, por concepto de perjuicios en modalidad de daño a un derecho constitucional y convencionalmente protegido, con motivo de la afectación, manifiesto que me opongo a cada uno de los daños inmateriales toda vez que con el actuar de mi prohijado, no se generó ningún tipo de daño, pues la atención fue conforme a los estándares de atención en forma inculposa, además estos deben ser probados y tasados por el juez al momento de fallar.

HECHOS Y OMISIONES

Con respecto a los hechos me permito pronunciarme de la siguiente forma:

PRIMERO. No es cierto, en el sentido que el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, se encuentre afiliado a COMPARTA EPS, toda vez que la Superintendencia Nacional de Salud, mediante resolución No. 202151000124996 Del 26 de julio de 2021, ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar la COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA - COMPARTA EPS- S, identificada con NIT 804.002.105-0.

De acuerdo con la consulta en la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, se evidencia que el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, se encuentra afiliado en la entidad promotora de salud NUEVA EPS S.A.

Pero es de aclarar que al momento que ocurrieron los hechos, estaba afiliado a la Eps Comparta.

SEGUNDO. De acuerdo a la manifestado por mi prohijado, el presente hecho es cierto, con respecto a la valoración del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, con relación a lo consignado en la historia clínica del paciente.

TERCERO. De acuerdo a la manifestado por mi prohijado, el presente hecho es cierto, con respecto a la valoración del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, con relación a lo consignado en la historia clínica del paciente.

CUARTO. No me consta, ya que es una apreciación personal del demandante, así mismo se debe indicar que el médico tratante del señor FABIAN EDUARDO PEÑA

OROZCO, ordenó de acuerdo a su criterio médico aplicar el medicamento denominado NEOMICINA POLIMICINA DEXAMETASONA GOTAS OFTÁLMICAS, dos gotas cada seis horas, se entiende por la regla de la experiencia que al aplicarse las gotas el demandante tuvo que cerciorarse de la evolución del ojo, lo que se desprende del presente hecho es que el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, no siguió las recomendaciones del galeno, no siendo mi prohijado el culpable del mal cuidado del ojo derecho del demandante fuera de la institución médica, lo cual se probará en el curso del proceso.

QUINTO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta el presente hecho, ya que es ajeno a la atención médica que el brindó al señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO.

SEXTO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta el presente hecho, ya que es ajeno a la atención médica que el brindó al señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO.

SÉPTIMO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a IPS que no guarda relación con el doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO.

OCTAVO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a IPS que no guarda relación con el doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO

NOVENO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a IPS que no guarda relación con el doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO.

UNDECIMO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a IPS que no guarda relación con el doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO.

DEUDECIMO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a IPS que no guarda relación con el doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO.

DECIMO TERCERO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a IPS que no guarda relación con el doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO.

DECIMO CUARTO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a IPS que no guarda relación con el doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO.

DECIMO QUINTO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a médico ajeno al que represento.

DECIMO SEXTO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a médico ajeno al que represento.

DECIMO SÉPTIMO. Se evidencia que la apoderada del demandante se salta la numeración de los hechos, se procederá a dar respuesta en el orden de la demanda.

DECIMO OCTAVO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a médico ajeno al que represento.

DECIMO NOVENO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a médico ajeno al que represento.

VIGESIMO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a médico ajeno al que represento.

VIGESIMO PRIMERO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a médico ajeno al que represento.

VIGESIMO SEGUNDO. De acuerdo a lo manifestado por mi prohijado, no le consta, es un hecho que le corresponde dar respuesta a médico ajeno al que represento.

VIGESIMO TERCERO. No es un hecho, es una apreciación personal del demandante.

VIGESIMO CUARTO. No es un hecho, es una apreciación personal del demandante, debe probarse en el curso del proceso.

VIGESIMO QUINTO. No es un hecho, es una apreciación personal del demandante.

VIGESIMO SEXTO. No es un hecho, es una apreciación personal del demandante

VIGESIMO SÉPTIMO. No es un hecho, es una apreciación personal del demandante.

VIGESIMO OCTAVO. No es un hecho, es una apreciación personal del demandante.

EXCEPCIONES DE MERITO

Le solicito a usted señora Juez, se sirva declarar las presentes excepciones de fondo, y se desestimen las pretensiones de la parte actora.

PRIMERA: INEXISTENCIA DE CULPA.

Las obligaciones de los médicos o de la IPS son de medio y no de resultado, y las médicas no son la excepción, ello fue establecido en el inciso 1 del artículo 104 de la ley 1438 de 2011. Tratándose en nuestro caso en particular de obligaciones de medios, y no de resultado, de acuerdo a lo consignado en la historia clínica del día 17 de julio de 2019, del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, "CONCEPTO BUEN ESTADO GENERAL CONSCIENTE ORIENTADO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE BUEN PATRÓN RESPIRATORIO HIDRATADO SE EXTRAE CUERPO EXTRAÑO DE FORMA MANUAL SIN COMPLICACIONES ORDENA SALIDA CON FORMULA MEDICA", y de acuerdo a lo manifestado por mi prohijado el procedimiento de extraer el cuerpo extraño se hizo de la siguiente manera "Paciente ingresó al consultorio se indica acostar decúbito supino en la camilla se aplica irrigación con solución salina al 0.9 % en ojo derecho. Uso de guantes esterles se evalúa en compañía de enfermera quien ayuda a separar los párpados con guantes estériles y con la otra mano sosteniendo el equipo de órgano. se identifica cuerpo extraño tipo esquirla bajo imagen ampliada con haz de luz equipo de órgano se visualiza el cuerpo extraño se extrae haciendo un barrido sobre la zona que se encuentra el cuerpo extraño con prolene 5/0 en 1 intento se desprende el cuerpo extraño luego se retira con un hisopo estéril húmedo con OQ seina", actuando de acuerdo a los protocolos establecidos y a lex artis medica.

El acto médico realizado fue el adecuado en el momento de la prestación del servicio, no pudiéndose tratar como un daño de carácter desproporcionado, o bajo una culpa virtual, ya que no se configura los elementos para ello, ni puede establecerse un indicio de culpabilidad, o de una negligencia médica, de un mal acto médico.

Al respecto ha dicho la sala civil de la Corte, sobre la lex artis, lo siguiente: "...Por supuesto, para determinar el momento en que se incurre en responsabilidad

médica, el baremo o límite lo constituye el criterio de normalidad emanado de la Lex Artis. Esto, porque si al médico, dada su competencia profesional, le corresponde actuar en todo momento con la debida diligencia y cuidado, en el proceso debe quedar acreditado el hecho contrario, esto es, el desbordamiento de esa idoneidad ordinaria calificada, según sea el caso, por infracción de las pautas de la ley, de la ciencia o del respectivo reglamento médico...”

Por lo tanto, hay afirmar por la actora, que la atención médica o la asistencia brindada por mi prohijado no fue la adecuada no es de recibo; por el contrario, el servicio médico fue acorde y conforme al cuadro de salud que presento el usuario. Siendo el actuar del médico, en que no se incurrió en ninguna culpa, así que se cumplió con la lex artis, no mediando ningún error de conducta, culpa en ninguna de sus modalidades, ni tampoco ninguna culpa de carácter organizacional, la cual no se encuentra presente en el curso de esta actuación.

Como se observa en los soportes de la demanda, se puede deducir de la prueba documental historia clínica se determina que se cumplió con todo el manejo que se debía dar a la patología que presentaba por el paciente FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, en la que no existió culpa profesional, y su atención fue acorde a las buenas prácticas.

SEGUNDA: ROMPIMIENTO DEL NEXO CAUSAL:

Todo procedimiento médico conlleva riesgos, los cuales pueden ser inherentes, en tal caso no imputable al médico, si este lo realizó en forma cabal, y no existió culpa de su parte, por lo que ha dicho la jurisprudencia al respecto:

La relación de causalidad entre la conducta médica y el resultado de la salud del paciente se ve afectada por una causa extraña, una circunstancia de inocuidad del acto médico con la consecuente ausencia de culpa.

El presente caso debe absolverse al doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO, ya que actuó de acuerdo a la lex artis médica, así mismo realizó un procedimiento ambulatorio, no siendo necesario una intervención quirúrgica, siendo un procedimiento que no tuvo complicaciones, fue una evolución propia de la enfermedad, ajena al actuar médico, y en el momento de la valoración por mi prohijado no habían signos de infección de origen micótico, y por ello el manejo dado, lo que rompe el nexo causal, seguido a ello mi prohijado solo valoró al paciente en una oportunidad, y no se le puede indagar algún tipo de daño al doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO, por su única valoración al demandante.

En conclusión, el haber utilizado esos instrumentos, que eran los adecuados, y conducentes, además de haberlo hecho con la debida precaución, y de haber ocurrido el infortunio, alejada de una culpa galénica, y no tratándose la medicina de una actividad peligrosa, no puede encontrarse una responsabilidad por la ya sostenido.

TERCERA: TASACIÓN EXORBITANTE Y AUSENCIA DE PERJUICIOS.

Con respecto a los criterios de liquidación que utiliza el accionante para los daños morales, me opongo de manera tajante, primeramente, por no existir responsabilidad de mi poderdante, y en gracia de discusión; toda vez que los montos solicitados deberán ser probados, soportados y tasados, siguiendo los lineamientos jurisprudenciales de la sala civil, en la que de por si es bastante exorbitante su pedimento.

Seguidamente el daño en vida en relación debe ser probado y acreditarse, no pudiéndose presumir, ni mucho tenerse como un hecho notorio, aunado a que las demás víctimas indirecta que consideran que se les causo un perjuicio debe probar el mismo, no bastando su mera afirmación, y su tasación excesiva. No es óbice como se indica en la demanda, que derivada del riesgo consumado que presento la paciente, ello deriva una serie de consecuencias que se describen, entre ellos a

manera de ejemplo, el estado psíquico, el cual está claro que deriva de otros problemas que ha presentado la paciente, así las otras consecuencias que allí se describen, hay que entrar a probar su nexo causal y la lesión identificada.

Entonces como ya se adujo el demandante solicita el pago de perjuicios extrapatrimoniales, tanto los morales, como en vida en relación. En fin, solicitan la tipología de perjuicios que han venido siendo reconocida por la jurisprudencia civil.

Pero hay que volver es que indistintamente del tipo de daño, es que debe estar demostrada la responsabilidad de mi prohijado, y en gracia de discusión no es imputable en forma culposa, por cualquier vía de los perjuicios solicitados son los mismos exorbitantes. los morales, su cuantía aspirada por los pretensores es bastante excesiva, los de vida en relación, igual es muy excesivo su pedimento.

Ahora en el remoto caso de llegar a cumplirse con los requisitos para su reconocimiento, y establecido el interés jurídico; y fijado bajo el arbitrio judicial en los extrapatrimoniales, pero guardando proporcionalidad, y descendiendo el caso en particular, como la intensidad del perjuicio, entre otros factores, en la que si bien es cierto la sala civil ha reconocido tales daños, y unos criterios orientadores en su máxima intensidad, por ejemplo la muerte, este no es caso para aplicarlo; como la jurisprudencia administrativa ha establecido unos valores claros antes lesiones psicofísicas, como a quienes se les debe reconocerse, o probarse la causación del menoscabo del daño alegado.

En conclusión, lo solicitado por la parte actora desborda el quantum en el que podrían ser reconocidos, y no sobra la advertencia que en lo que respecta a los perjuicios en vida en relación deben estar presentes, y aquí tampoco lo están, ya sobre los morales, hay un poco más de flexibilidad probatoria, pero no significa que su reconocimiento en su cuantía en un mero arbitrio que no responda a factores de proporcionalidad, como valoración del quantum del daño inmaterial, que debe tenerse en cuenta el marco factico, y ser el reflejo probatorio.

CUARTA GENERICA O INNOMINADA.

En caso de encontrarse los hechos que dieran lugar a la declaratoria de aquella de oficio se sirva declararla probada.

PRUEBAS

- Con relación a la solicitud de practica de prueba deprecada por la parte demandante, en el sentido de oficiar a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Norte de Santander, para determinar la pérdida de capacidad laboral del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, me permito solicitarle al despacho respetuosamente que la misma no debe decretarse por no ser la etapa procesal oportuna, ya que debe aportarse el dictamen de perdida de capacidad laboral con la demanda incoada.

Solicito a su despacho se decrete la práctica de las siguientes pruebas:

Testimonio de parte.

Testimonio de los siguientes médicos que brindaron atención a la paciente en la CLÍNICA SANTA ANA S.A., que participó en la atención y con el objeto de que a través de su declaración y respuesta a las preguntas en la oportunidad procesal idónea, esclarecer los hechos que dieron lugar a la presente demanda, los cuales son:

- Harold Manuel Charris Nigro, el cual puede ser notificado en el email. nigromed@hotmail.com; y en el celular. 3015763210.

- Yulie Katherine Navas Sierra, quien puede ser notificada en talento humano de la CLÍNICA SANTA ANA S..A.

Testimonio de los siguientes médicos que brindaron atención a la paciente en la CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA LTDA., que participó en la atención y con el objeto de que a través de su declaración y respuesta a las preguntas en la oportunidad procesal idónea, esclarecer los hechos que dieron lugar a la presente demanda, los cuales son:

- Peñaranda Gómez Carlos Ivan, quien puede ser notificado en la IPS CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA LTDA.
- Sierra Urrea Derly Yeneira, enfermera que puede ser notificado en la IPS CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA LTDA.
- Velasco Pinzón Nicolas, quien puede ser notificado en la IPS CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA LTDA.
- Ramon Salcedo Nidya Gisela, quien puede ser notificado en la IPS CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA LTDA.
- Monsalve Rodriguez Ramyur Lenin, quien puede ser notificado en la IPS CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA LTDA.

Pruebas estas testimoniales pertinentes, ya que tienen relación directa con la presente demanda, además que hacen parte del personal de salud que brindaron atención médica y deben declarar sobre todo aquello que les corresponde de su acto médico y demás que tengan conocimiento. Pueden ser citados en la dirección que figura en autos de la demandada, o por intermedio del suscrito en la dirección suministrada en esta contestación.

Prueba testimonial.

Que se oficie a talento humano de la CLÍNICA SANTA ANA S.A., para que informe el personal de enfermería que estaba de turno el día 17 de julio de 2019, en el servicio de urgencias, para ser citados en como prueba testimonial.

Interrogatorio de parte

Por permitirse por el código general del proceso, el interrogatorio del demandante señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, y demás personas mencionadas en la demanda que integran la parte demandante.

Prueba está pertinente y deberán rendir declaración sobre los hechos de la demanda, motivos de excepciones, y demás que interesen al proceso. Puede ser citados a la dirección que figura en autos.

PRUEBA PERICIAL

Se oficie a la Universidad CES de Medellín, para que rinda dictamen pericial sobre la atención del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, para lo cual el despacho debe correr traslado de la historia clínica completa para su estudio por parte del perito que designe la universidad Ces de Medellín, para lo cual solicito se procesa por el despacho a dar el termino de 30 días para rendir el mismo.

Artículo 228. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN.

Solicito la comparecencia a audiencia del perito Eduardo José De la Hoz Merlano, para ser interrogado bajo la gravedad de juramento acerca de la idoneidad e

imparcialidad y sobre el contenido del dictamen, el cual podrá ser notificado en los datos adjuntos del dictamen aportado.

Documentales:

Que se oficie.

- Se oficie a la CLÍNICA SANTA ANA S.A., para que aporte la historia clínica del paciente FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO.
- Se oficie a la CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA LTDA., para que aporte la historia clínica del paciente FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO

ANEXOS

- Poder para actuar.

NOTIFICACIONES

- El suscrito recibirá notificaciones en la Calle 22AN #4-151 Apt. 202, Barrio Prados Norte, Email. Rommel-alexander@hotmail.com; cel. 3012458383.
- Mi poderdante recibirá notificaciones en el email. nigromed@hotmail.com; cel. 3015763210.

Atentamente,

ROMMEL ALEXANDER SEGURA BOTERO.
C.C. No. 1.045.708.069 De Barranquilla.
T.P. No. 300.734 Del C.S. De la Judicatura.
Rommel-alexander@hotmail.com



Martes, 07 de diciembre de 2021

Señores,

JUZGADO SEXTO (6) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

San José de Cúcuta, Norte de Santander.

ASUNTO: CONTESTACION DE LA DEMANDA

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

DEMANDANTE: FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO Y OTROS

**DEMANDADO: HAROL MANUEL CHARRIS NIGRO – CLINICA SANTA ANA S.A. -
CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S. –**

RADICADO: 540013153-006-2021-00241-00

SEAR JASUB RODRIGUEZ RIVERA, profesional del derecho, identificado con cedula de ciudadanía número 1.090.464.538 del C.S de la J., actuando en calidad de apoderado judicial de la persona jurídica de derecho privado **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.**, identificada con el numero tributario 807.002.152-8, representada legalmente por la señora **PATRICIA HENAO GOMEZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 31.468.933; concurro ante su digno despacho a fin de contestar la demanda del proceso de la referencia, admitida por auto de fecha 22 de septiembre de 2021 que emitió esta Judicatura. Así las cosas, el escrito de contestación atenderá a los siguientes acápite:

I. OPORTUNIDAD DE PRESENTACIÓN DE LA CONTESTACION DE LA DEMANDA

La presente demanda junto con sus anexos fue notificada a la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.** el pasado 4 de noviembre de 2021, iniciando el termino de traslado para contestación el día 9 de noviembre de 2021¹ y vencíendose el día 7 de diciembre de la presente anualidad.

¹ Es de recordar que el artículo 9 del Decreto 806 de 2020 estableció el término de dos (2) días hábiles para efectos de configurarse la notificación por correo electrónico y, posterior a ello, iniciar el computo del término para contestación de demanda.



II. IDENTIFICACION DEL DEMANDADO (Art. 96, numeral 1, Ley 1564 de 2012)

CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S, portadora del número de identidad tributaria 807.002.152-8, representada legalmente por la señora **PATRICIA HENAO GOMEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 31.468.933.

III. MANIFESTACIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA (Art. 96, numeral 2, Ley 1564 de 2012)

Solicitamos señor juez, no acoger el petitum expuesto en el escrito de la demanda, en este sentido, me permito solicitar la abstención en conceder la totalidad de las mismas; es decir, la declarativa principal y las condenas consecuenciales.

IV. MANIFESTACIONES FRENTE A LOS HECHOS (Art. 96, numeral 2, Ley 1564 de 2012)

PRIMERO. Es cierto.

SEGUNDO. Es cierto.

TERCERO. No nos consta. Sin embargo, hay que aclarar que el paciente ingresa a la **CLINICA SANTA ANA S.A.** con signos normales, tan solo un estado de taquicardia² de 110 pulsaciones por minuto, tal cual se observa en el historial clínico (ver pagina 129 del archivo .pdf de la subsanación de demanda). Existen variados motivos de taquicardia³, los cuales no aparece en el historial. También es importante aclarar que se realizó la extracción del cuerpo extraño de forma normal y atendiendo el criterio médico.⁴

² “La taquicardia es el término médico para una frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto. A veces, es normal que exista un latido rápido. Por ejemplo, es normal que tu ritmo cardíaco aumente durante el ejercicio o como respuesta al estrés, un traumatismo o una enfermedad. Pero en la taquicardia, el corazón late más rápido de lo normal debido a afecciones no relacionadas con el estrés fisiológico ” <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tachycardia/symptoms-causes/syc-20355127>

³ Las causas de taquicardia “(...) puede deberse a diferentes causas: Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad coronaria, Infecciones, Enfermedades pulmonares, Insuficiencia renal, Estrés, Abuso de alcohol o drogas, Tabaquismo, Abuso de caféina, Emociones fuertes, Ingesta excesiva de caféina.” Ver: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/cardiologia/problemas-corazon/taquicardia.html>

⁴ Sobre el criterio medico aceptado para la extracción de cuerpo extraño, ver entre otros: “Antes de extirpar un cuerpo extraño corneal, el médico suele adormecer la superficie del ojo con una gota de anestésico (como la proparacaína). El médico también administra al ojo gotas oftálmicas con colorante (fluoresceína) que brilla cuando se somete a un tipo especial de luz, haciendo que los objetos alojados en la superficie y las abrasiones sean más visibles. Con el uso de una lámpara de



CUARTO. No nos consta, pues no existe evidencia que para ese momento el ojo “se encontraba totalmente blanco”.

QUINTO. Es cierto. Se observa en el historial clínico **ULCERA CORNEAL EN GLOBO OCULAR**⁵. El paciente consulta con signos francos de infección ocular, por lo que la conducta es referir de urgencia a médico especialista, sobre todo cuando hace cuatro (4) días el paciente fue sometido a extracción de cuerpo extraño y evidencia de micro úlcera corneal. La conducta del médico es correcta al remitir al médico especialista de forma prioritaria, pues existían para ese momento indicaciones de signos de infección⁶.

SEXTO. Es cierto. Sin embargo, hay que aclarar lo siguiente. En la descripción de la enfermedad actual el médico de la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.** describe que su

hendidura o de otro instrumento de aumento, se puede retirar cualquier cuerpo extraño restante. A menudo es posible extraer el cuerpo extraño empleando una torunda de algodón estéril húmeda o irrigando con agua estéril. Si la persona es capaz de mirar fijamente, los cuerpos extraños que no pueden extraerse fácilmente con una torunda de algodón, se pueden retirar con una aguja hipodérmica estéril o un instrumento especial, sin causar dolor.

Al extraer cuerpos extraños de hierro o acero, estos pueden dejar un anillo de óxido, para cuya eliminación se requiere el empleo de una aguja hipodérmica estéril o una fresa estéril rotatoria de baja velocidad (un pequeño instrumento quirúrgico con una diminuta superficie que gira, tritura y perfora la superficie).

A veces, un cuerpo extraño queda atrapado debajo del párpado superior. Se le tiene que dar la vuelta al párpado (un procedimiento indoloro) para retirar el cuerpo extraño. También se puede frotar suavemente una torunda de algodón estéril sobre el interior del párpado para eliminar las partículas minúsculas que pueden no ser visibles.” Ver en: <https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/lesiones-oculares/abrasiones-corneales-y-cuerpos-extra%C3%B1os-corneales>.

También en: <https://www.msmanuals.com/es-ve/profesional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/c%C3%B3mo-hacer-procedimientos-oculares/c%C3%B3mo-quitar-un-cuerpo-extra%C3%B1o-del-ojo>

⁵ “Una úlcera corneal es una lesión en la córnea o infección ocular que puede llegar a ser grave si no se trata a tiempo. Esta lesión se suele producir la capa externa de la córnea, el tejido transparente que recubre la parte frontal del ojo. Una úlcera en el ojo puede aparecer como una lesión o herida en la córnea por los siguientes motivos: i) **Úlcera corneal bacteriana:** Suele aparecer en pacientes portadores de lentes de contacto, sobre todo, cuando se realiza un mal uso de las mismas. El ojo también se puede infectar con bacterias, hongos o el protozoo Acanthamoeba (de aguas contaminadas); ii) **Úlcera corneal vírica:** Está producida habitualmente por el virus del herpes simple (causado por estrés, exposición prolongada al sol...), así como las causadas por el virus del herpes zóster. iii) **Úlcera corneal Fúngica o por hongos:** Causada por el uso inadecuado de las lentes de contacto (sobre todo si se dejan puestas durante la noche), entrada cuerpo extraño en el ojo de tipo vegetal, colirios con esteroides, etc que irritan, penetran y se alojan en el ojo. iv) **Úlcera corneal parasitaria:** Están muy asociadas al uso de lentes de contacto y a la combinación de agua y lentes de contacto. v) **Úlcera corneal por traumatismo ocular:** Cuando nos damos un golpe en el ojo brusco y severo. Suele ocurrir en algunos deportes de contacto por ejemplo: fútbol, baloncesto, tenis, entre otros. vi) **Úlcera corneal por síndrome de ojo seco:** La falta de lubricación o mala calidad de nuestra lágrima puede causarnos sequedad ocular que afecta tanto a la córnea como a la conjuntiva. Sus consecuencias son desde una sutil irritación e inflamación de los párpados a una úlcera en el ojo. vii) **Úlcera corneal por cierre inadecuado de párpados:** Cuando los párpados no cierran adecuadamente la córnea también se irrita y se seca lo que puede provocar lesiones y úlceras. Además una úlcera también puede ser el resultado del crecimiento de pestañas hacia dentro (triquiasis), una inversión de los párpados (entropion) o inflamación de estos (blefaritis crónica).” Tomado de: <https://www.oftalvist.es/es/especialidades/ulceras-corneales>

⁶ “Infección ocular: Las infecciones oculares se presentan cuando microorganismos dañinos, como bacterias, hongos y virus, invaden cualquier parte del globo ocular o un área adyacente. Esto incluye la superficie anterior transparente del ojo (córnea) y la membrana delgada y húmeda que recubre la parte exterior del ojo y el interior de los párpados (conjuntiva). Existen diferentes tipos de infecciones oculares, las que pueden producirse en las distintas partes del ojo.” Tomado de: <https://www.clinicaiv.cl/infecciones-oculares/>



ojo se coloca blanco y pierde la AV (Agudeza visual). **Describir esto hace sugestiva la presencia de ulceración total de la córnea, la cual es un medio transparente del ojo. La Coloración blanquecina de este órgano habla de que el paciente llegó en delicadas condiciones, o en etapa avanzada de su enfermedad.** Así mismo, la pérdida de la agudeza visual nos confirma lo anteriormente dicho, hay una opacidad corneal que afecta la capacidad visual del paciente.

ANTECEDENTES OFTALMOLOGICOS:

USO DE Rx: NO HA USADO.
QUIRURGICOS: NO CIRUGIAS OCULARES
MED.TOPICOS: NO GOTAS.
TRAUMA OCULAR: NEGATIVOS

AGUDEZA VISUAL:

22-jul-19 AV: SC MM
OJO OD

OBJETIVO:	ESF	CIL	EJE	SUBJETIVO	ESF:	CIL:	EJE:	AV
NO CICLO:	N				N			MM

Examinador: SANABRIA LABRADOR GUILLERMO

22-jul-19 AV: SC 20/20
OJO OI

				K:	K1: 40.50	EJEK1	165	K2: 41.50	EJEK2: 75
OBJETIVO:	ESF	CIL	EJE	SUBJETIVO	ESF:	CIL:	EJE:	AV	
NO CICLO:	+0.75	-0.25	150		+0.50	-0.25	150	20/20	
AUTOREF:	+1.25	-0.50	150						

OBSERVACIONES: ULCERA OD

En cuanto a descripción del examen oftalmológico, es importante tener en cuenta el significado de las siglas. Ya que el demandante no interpreto de forma pormenorizada el historial clínico para el entender claro del señor Juez, nos permitidos dar aclaraciones extendidas en esta contestación:

AV: Agudeza visual.

SC: Sin corrección.

MM: Movimiento de mano.

Examen objetivo: reporta "No cicló". Lo cual significa que el ojo no refracta, no hay refracción de la luz en la córnea, lo cual indica OPACIDAD se este medio transparente.

Examen Subjetivo: AV: MM. Siendo MM movimiento de mano. Esto indica que la agudeza visual del paciente está afectada al nivel de solo percibir el movimiento de objetos grandes, en este caso las manos frente a él.



Además de la impresión diagnóstica donde la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.** programa a su vez procedimiento quirúrgico y atención prioritaria en tres (3) días.

RETINA Y VITREO OD: Imposible de visualizar
OI: Retina aplicada, macula de aspecto sano. Excavación papilar 0.3

IMPRESION DIAGNOSTICA:			
FECHA:	DIAGNOSTICOS		OJO
22-jul-19	ULCERA CORNEAL	MICOTICA H160	OD
22-jul-19	LEUCOMA POR CUERPO EXTRAÑO		OI

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS			
FECHA	PROCEDIMIENTO		OJO
31-jul-19	RECUBRIMIENTO	CONJUNTIVAL	OD

PLAN: Sulfaplata Atro Fluconazol
Ver 3 días

Ahora, también es importante aclarar que, el médico **CARLOS IVAN PEÑARANDA GOMEZ** adscrito a la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.** cambia la medicación (suspende de entrada el esteroide recetado por la **CLINICA SANTA ANA S.A.**) y receta:

PRESCRIPCION(ES) MEDICA(S)			
FECHA:			PRESCRIPCION MEDICA
	lunes, 22 de julio de 2019		
SULFAPLATA® - SULFADIAZINA DE PLATA 1%		CREMA	# 1
LACRIL® - ALCOHOL POLIVINILICO 1.4%		Gotas OFTALMICAS	# 1
<p>Mezclar 10 grs de Sulfaplata en el frasco de Lacril. Aplicar 1 gota cada 2 horas. Cada vez que vaya a usarse hay que calentar el frasco al baño de María y agitar bien.</p>			
PEÑARANDA GOMEZ CARLOS IVAN MD. Oftalmólogo - CC 13451455 - 858			



FECHA:	PRESCRIPCIÓN MEDICA		
lunes, 22 de julio de 2019			
ISOPTO ATROPINA® - ATROPINA 1% Aplicar cada 12 horas 1 Gota en Ojo Derecho por 10 días.	Gotas OFTALMICAS	#	1
FLUCONAZOL® - FLUCONAZOL Tomar cada 12 horas 1 Cápsula por 3 días.	Capsulas x 150 mg	#	6
PEÑARANDA GOMEZ CARLOS IVAN MD. Oftalmólogo - CC 13451455 - 858			

Sobre la medicación, la cual es pertinente, es necesario explicar cada una de ellas:

1. **La sulfaplata** es un antibiótico llamado sulfadiazina de plata, este antibiótico tiene efecto bactericida y bacteriostática frente a bacterias Gram+ y Gram-, particularmente a *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *A. aerogenes* y *K. pneumoniae*.⁷
2. **El Lacril** es colirio o lagrimas artificiales, usada para diluir la crema de sulfaplata y aplicar en el ojo, según indicación del médico.
3. **La atropina** es un ciclopérgico y midriático, es muy útil en muchos procesos de dolor ocular incluyendo la úlcera corneal y la uveítis anterior. La frecuencia de administración debe ajustarse a la gravedad de los síntomas iniciales y luego a la respuesta de todo el tratamiento.
4. **Fluconazol:** es uno de los medicamentos del grupo llamado “antifúngicos”. El principio activo es fluconazol. Se utiliza para tratar infecciones producidas por hongos y también puede utilizarse para prevenir la aparición de una infección fúngica.
5. La **Ciclopejia:** Es la parálisis del musculo ciliar.
6. La **Midriasis:** es la dilatación de la pupila del ojo.⁸

SEPTIMO. Es cierto. Es de aclarar que, la anterior valoración fue el día 21 de julio de 2019 donde le fue recetado medicación, y la descrita en este hecho es del 25 de julio, a tan solo tres (3) días, es una muestra clara de la atención medica prioritaria que la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.** ejercicio frente al señor **FABIAN PEÑA OROZCO**. Es en este caso donde el operador judicial obtiene elementos para estructurar el cumplimiento de la lex artis como obligación de medio, tal y como así lo ha dicho la Corte Suprema de Justicia: “*Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente curar al enfermo, si al*”

⁷ Tomado de https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-sulfaplata+crema+1%25-colombia-d06ba01-19004291-co_1

⁸ Tomado de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/64622/Prospecto_64622.html



menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia (...). Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tengan a su alcance para curar al enfermo.”⁹ El médico tratante cita al paciente para dos (2) días después a fin de evaluar evolución.

OCTAVO. Es cierto. El médico tratante diagnostica tinción en casi toda la córnea, esto significa que la córnea continúa comprometida, continúan mismo tratamiento y cita en dos (2) días.

NOVENO. Es cierto. Tal y como lo indica el historial clínico, además de ello, se le explico al paciente todo lo concerniente a la **RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL**.

EVOLUCION		
FECHA lunes, 29 de julio de 2019	HORA: 04:21 p.m.	EDAD: 36 Año(s)
SE LE DA EXPLICACION VERBAL AL PACIENTE SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE SE LE REALIZARA DETALLADAMENTE, DANDO LUGAR A FORMULACION DE PREGUNTAS Y ACLARACION DE SUS DUDAS. SE LE EXPLICA CADA FORMATO A LLENAR, SE LE INDICA QUE DEBE LEER CADA CONSENTIMIENTO Y TRAERLO DILIGENCIADO Y FIRMADO DEBIDAMENTE POR EL Y EL FAMILIAR QUE LO ACOMPAÑARA EN TINTA NEGRA. CONSECUTIVO 67342		
SIERRA URREA DERLY YENEIRA Aux. Enfermería - CC 27895400 - 555		
NOTA OPERATORIA		

DECIMO. Es cierto. El Doctor encargado de la cirugía fue **CARLOS IVAN PEÑARANDA**, realizó un recubrimiento conjuntival¹⁰ en el OJO DERECHO. Los hallazgos fueron un melting¹¹ corneal muy extenso con protrusión de los tejidos. No seidell¹².

DECIMO PRIMERO. Es cierto.

⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de septiembre de 1985.

¹⁰ El recubrimiento conjuntival se suele indicar cuando han fallado las terapéuticas médica o quirúrgica convencionales. Las indicaciones principales de este procedimiento son: ulceraciones crónicas estériles del estroma (queratitis estromal por el virus del herpes simple, úlceras posinfecciosas), erosión corneal recurrente, queratitis no infecciosa (neurotrófica, filamentosas), quemaduras químicas y térmicas, necrosis esclerales, heridas corneales con defecto de sustancia, queratopatía bullosa dolorosa en un paciente que no es buen candidato a la queratoplastia penetrante y en la reparación de ampollas de filtración en la cirugía de glaucoma. El recubrimiento conjuntival no ofrece un soporte tectónico por sí solo, por lo cual no debe utilizarse para tratar una perforación mayor de 3 mm.8,9 Como desventaja de esta técnica se menciona la disminución de la visualización de la cámara anterior y la creación de una barrera potencial frente a la penetración de los fármacos, así como la imposibilidad para lograr la evaluación de la presión intraocular.7-10 Para obtener buenos resultados se deben tener en cuenta varios principios fundamentales: retirada completa del epitelio corneal y desbridamiento del tejido necrótico, creación de un colgajo conjuntival móvil y fino que contiene una cápsula de Tenon mínima, ausencia de ojales conjuntivales y ausencia de retracción de los bordes del colgajo que podrían provocar la retracción del colgajo.8,9. Tomado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuboft/rco-2018/rco184d.pdf>

¹¹ El “melting” corneal es una afección oftalmológica en la que se pierde el epitelio corneal y se acompaña de un adelgazamiento del estroma, lo cual puede provocar perforación corneal y causar pérdida de la visión.

¹² Seidell es una prueba utilizada para descartar la presencia de una comunicación entre la cámara anterior del ojo y la exterior. Consiste en verificar el lavado del colirio de fluoresceína, previamente instilado por la salida del humor acuoso. En este caso, describen que no hay seidell, eso quiere decir que no hay perforación de la córnea aún y que fue comprobado mediante un seidell negativo. Tomado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/prueba-seidel>



DECIMO SEGUNDO. Es cierto.

DECIMO TERCERO. Es cierto.

DECIMO CUARTO. Parcialmente cierto. Se concuerda en la urgencia del procedimiento de evisceración, la indicación del mismo es de carácter urgente y esta referido para este supuesto. Pero, no es cierto que el galeno haya usado esa expresión textual para referirse así al paciente.

DECIMO QUINTO. Es cierto, el 12 de agosto de 2019 se realizó el procedimiento de evisceración¹³.

DECIMO SEXTO. Es cierto.

DECIMO OCTAVO. Es cierto.

DECIMO NOVENO. Es cierto.

VIGESIMO. Es cierto.

VIGESIMO PRIMERO. Es cierto.

VIGESIMO SEGUNDO. Es cierto.

VIGESIMO TERCERO. No nos consta. La prueba del perjuicio siempre es carga del demandante, con todos sus elementos como el carácter personal y cierto. Esa tipología de perjuicio que nombra el demandante no es presumible, al contrario, es menester su acreditación.

VIGESIMO CUARTO. Es cierto que ejercía tal actividad, sin embargo, no nos consta que haya dejado de ejercer su profesión como soldador y carpintero; debe el demandante probar tal aseveración y máxime la causalidad entre una y otra.

VIGESIMO QUINTO. No nos consta. La prueba del perjuicio siempre es carga del demandante, con todos sus elementos como el carácter personal y cierto. Esa tipología de perjuicio que nombra el demandante no es presumible, al contrario, es menester su acreditación.

VIGESIMO SEXTO. No nos consta. La prueba del perjuicio siempre es carga del demandante, con todos sus elementos como el carácter personal y cierto. Esa tipología de perjuicio que nombra el demandante no es presumible, al contrario, es menester su acreditación.

¹³ La evisceración ocular es una técnica quirúrgica que consiste en vaciar el contenido del globo ocular, se extrae parte del globo (córnea, iris y retina) pero se mantiene la esclerótica (que es la capa blanca más externa del ojo) y los músculos que realizan los movimientos oculares, sería parecido a si conserváramos la cáscara del huevo y solo quitáramos la clara y la yema del mismo.



VIGESIMO SEPTIMO. No nos consta. La prueba del perjuicio siempre es carga del demandante, con todos sus elementos como el carácter personal y cierto. Esa tipología de perjuicio que nombra el demandante no es presumible, al contrario, es menester su acreditación.

VIGESIMO OCTAVO. No nos consta. La prueba del perjuicio siempre es carga del demandante, con todos sus elementos como el carácter personal y cierto. Esa tipología de perjuicio que nombra el demandante no es presumible, al contrario, es menester su acreditación.

V. FORMULACION DE EXCEPCIONES DE FONDO CON FUNDAMENTACION FACTICA Y JURIDICA (Art. 96, numeral 3, Ley 1564 de 2012)

1. PRIMERA EXCEPCION. INEXISTENCIA DE DAÑO

a. Aspectos teóricos del perjuicio en responsabilidad civil.

Es necesario que la alegación de consumación de un perjuicio cumpla con los presupuestos a fin de que sea un perjuicio reparable.

El **daño o perjuicio** -entendido como lesión a un derecho, o en palabras de la Corte Suprema de Justicia como “*todo detrimento, menoscabo o deterioro, que afecta bienes o intereses lícitos de la víctima, vinculados con su patrimonio, con su esfera espiritual o afectiva, o con los bienes de su personalidad*”¹⁴- es el punto de partida de los juicios de responsabilidad civil. La doctrina nacional más calificada enlaza este apartado:

*“El daño es la razón de ser de la responsabilidad, y por ello, es básica la reflexión de que su determinación en sí, precisando sus distintos aspectos y su cuantía, ha de ocupar el primer lugar, en términos lógicos y cronológicos, en la labor de las partes y juez en el proceso. Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le pudo evaluar, hasta allí habrá de llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral de la conducta del autor resultará necio e inútil.”*¹⁵

Este, se predica al cumplir ciertos requisitos: **cierto, personal y directo**¹⁶. Estas características se justifican frente a la inexistencia de incertidumbre en su determinación y constatación; se excluyen

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil del 1 de noviembre de 2013, Radicación número 1994- 26630-01.

¹⁵ FERNANDO HINESTROSA. Responsabilidad extracontractual: antijuridicidad y culpa.

¹⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2013: “Suficientemente decantado tiene el ordenamiento jurídico que el daño indemnizable es aquel que además de cierto, debe ser personal y directo, todo lo cual se presenta cuando existe evidencia en cuanto a la realidad del perjuicio, cuando éste es sufrido por quien reclama su reparación (...)”.



las hipótesis y abstracciones. Y, además, resulta carga del actor la demostración de cada uno de estos elementos.¹⁷

A modo ilustrativo, frente al primer adjetivo “*cierto*”, la jurisprudencia del Consejo de Estado, ha determinado que debe ser actual o futuro, y no eventual. Ello, en los siguientes términos:

“(…) tanto doctrinal como hipotéticamente ha sido suficientemente precisado que dentro de los requisitos necesarios para que proceda la reparación económica de los perjuicios materiales, es indispensable que el daño sea cierto; es decir, que no puede ser eventual, hipotético, fundado en suposiciones o conjeturas; aunque no se opone a dicha certeza la circunstancia de que el daño sea futuro. Lo que se exige es que no exista duda alguna sobre su ocurrencia.”¹⁸

Pues, al no ser certero el daño, esto es, al no existir, resultaría inoficioso avanzar en el análisis de la responsabilidad, como lo reitera el profesor Chapus “*la ausencia de perjuicio es suficiente para hacer vano cualquier intento de comprometer la responsabilidad (…)*”¹⁹, al igual puede existir el daño y no declararse responsabilidad, pues, como bien es enfático Juan Carlos Henao Pérez “*el daño es requisito necesario mas no suficiente para que se declare la responsabilidad.*”¹⁹ Y, corresponde a esta parte demandante probar a existencia de este daño.

En igualdad de sentido, el artículo 167 del Código General del Proceso mantuvo esa línea enriqueciéndola con la consagración –por lo menos expresa- de la doctrina de la carga dinámica de a prueba.²⁰ Para asuntos como de responsabilidad extracontractual, quien más que el demandante (afectado) para demostrar, no con afirmaciones abstractas e imprecisas, sino afirmando hechos concretos y sobre todo demostrables con el fundamento probatorio anexo, sobre el daño acaecido.

El daño también, es *particular*, pues hay determinabilidad de las personas que lo padecen, y en qué proporción lo gozan. Es *anormal*, pues la regla general es que el Estado garantiza la libertad en todas sus particularidades (Artículo 28 Constitución Política).

Aun, la Corte Suprema de Justicia en su sala de Casación Civil ha realizado estudios sobre el concepto del daño y su posición en la doctrina de la responsabilidad civil, además, considerando

¹⁷ “En efecto decimos que el actor debe probar la existencia del daño –*cur debeat*–. Concretamente, nos referimos a los perjuicios patrimoniales o materiales -daño emergente o lucro cesante, artículos 1613 y 1614 C.C.-. De manera concreta se afirma desde la jurisprudencia que el “*fundamento de cualquier condena por perjuicios materiales es su demostración idónea*” (Corte Suprema de Justicia de Colombia. Sala de Casación Civil, 1999, 5 de octubre).” Breves Comentarios sobre el Daño y su indemnización. Luis Fernando Ternera Barrios. En: Los regímenes de indemnización de perjuicios en el derecho colombiano. Opinión Jurídica, Universidad de Medellín.

¹⁸ CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera. Sentencia del 27 de marzo de 1990. Expediente S-021.

¹⁹ JUAN CARLOS HENAO. El daño: Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en Derecho Colombiano y Francés. Universidad Externado de Colombia. 2007. Pág. 38.

²⁰ Al respecto en sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 25 de febrero de 2002, Rad. n.º 6623 “(…) no es materia de presunción legal y que como derecho patrimonial que es, debe ser demandado y probado en su existencia y en su extensión por quien alega haberlo sufrido, que es quien mejor debe saber en qué consiste y cuanto lo ha afectado.”



que el daño es común en todas las circunstancias de responsabilidad, esto es, en diversos esquemas de imputación –objetivo o subjetivo- o en diversas modalidades de aquellos:

*“El estudio del daño ha adquirido una importancia cada vez mayor en los últimos tiempos, al punto que para muchos autores el análisis de ese elemento constituye en la actualidad el tema central de la responsabilidad civil, pues ya no se lo examina como un simple asunto accesorio al factor de imputación, sino que se le concede todo el protagonismo que le otorgan una sociedad y una cultura jurídica interesadas en la reparación del derecho o bien vulnerado, en el reconocimiento del valor de la persona humana, en la reivindicación del nombre de las víctimas y en la obtención de su perdón por haber resultado agredida su dignidad. Por ello, desde hace algunas décadas, la doctrina de esta Corte ha venido afirmando que **“dentro del concepto y la configuración de la responsabilidad civil, es el daño un elemento primordial y el único común a todas las circunstancias, cuya trascendencia fija el ordenamiento. De ahí que no se dé responsabilidad sin daño demostrado, y que el punto de partida de toda consideración en la materia, tanto teórica como empírica, sea la enunciación, establecimiento y determinación de aquél, ante cuya falta resulta inoficiosa cualquiera acción indemnizatoria”**. (Sentencia de casación civil de 4 de abril de 1968).”²¹(Subrayado fuera de texto.)*

Para el caso en concreto no se halla en la demanda la intención del apoderado de la parte demandante en estructurar los elementos del daño para los diversos accionantes, máxime cuando este presupuesto (probar su existencia e intensidad) son carga exclusiva del escrito de demanda, pues solo los legitimados por activa saben la extensión de los perjuicios.

b. Sobre los perjuicios patrimoniales esgrimidos en el escrito de demanda.

En la petición de condena por concepto de perjuicios patrimoniales, la apoderada de los accionantes cuantifica su pretensión en modalidad de lucro cesante, *per se*, sin ningún dictamen de pérdida de capacidad laboral u otro elemento que conduzca a la valoración objetiva de la merma en la capacidad laboral-patrimonial del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO.

Tal práctica, es reprochada por este suscrito, ya que la forma de juzgamiento solo otorga relevancia probatoria a tales documentos, como sucede a continuación:

*“9.- Además, la Sala observa la estructuración del desacierto de índole probatoria denunciado, porque se estableció por el Tribunal, como uno de los fundamentos fácticos para desestimar el lucro cesante futuro, que “las secuelas [del accidente] no se ha determinado que sean permanentes”, **pasándose por alto que, en realidad de verdad, obra dentro de expediente el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez Bogotá y Cundinamarca, que amén de otorgar un porcentaje de pérdida de la capacidad***

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, radicación 11001-31-03-003-2003-00660-01 del 5 de agosto de 2014. MP. Ariel Salazar Ramírez.



laboral del treinta y seis punto cuarenta por ciento (36,40%) respecto de Luz Marina Díaz González, señaló que esa incapacidad es “permanente parcial”.

No se llama a duda que el yerro encontrado es evidente, porque el informe se aportó con la demanda, e inequívocamente consigna las conclusiones a las que se ha hecho mención, a las que, por lo demás, se arribó previa relación de los exámenes practicados, y de las deficiencias, discapacidades y minusvalías halladas.

El desatino igualmente es trascendente, porque tal preterición de ese medio demostrativo, condujo a establecer una premisa fáctica errada, que a su vez soportó uno de los pilares que tuvo el ad-quem para negar el daño futuro en cuestión. Asimismo, la incidencia de ese “dictamen” se pone de relieve al constatar que proviene de una institución que, según la normatividad vigente para la época del accidente, Decreto 917 de 1999, estaba facultada para la “determinación de la incapacidad permanente parcial”, pues, según el artículo 4° de dicho cuerpo normativo “la determinación de la declaración, evaluación, revisión, grado y origen de la incapacidad permanente parcial, la realizarán [entre otros] Las Administradoras de Riesgos Profesionales [...] Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), [y] las Juntas de Calificación de la Invalidez, conforme a los procedimientos definidos por las normas vigentes en la materia”.²²(Negrillas fuera de texto).

c. Sobre el daño moral de la presente demanda.

Se tiene estimado respecto de esta tipología de perjuicio extrapatrimonial, qué:

[...] está circunscrito a la lesión de la esfera sentimental y afectiva del sujeto, “que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo (sentencia de 13 de mayo de 2008), de ordinario explicitado material u objetivamente por el dolor, la pesadumbre, perturbación de ánimo, el sufrimiento espiritual, el pesar, la congoja, aflicción, sufrimiento, pena, angustia, zozobra, desolación, impotencia u otros signos expresivos”, que se concretan “en el menoscabo de los sentimientos, de los afectos de la víctima y, por lo tanto, en el sufrimiento moral, en el dolor que la persona tiene que soportar por cierto evento dañoso”.²³ (Negrillas fuera de texto).

Esta sindéresis respecto al daño moral, ha sido estable en términos de identidad y reiteración jurisprudencial.²⁴ A su vez, el máximo órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria – especialidad civil, en sentencia SC5686-2018 del día 19 de diciembre de 2018 y cuya ponencia correspondió a

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Decisión adiada al 31 de agosto de 2015, dentro del expediente de radicación SC11575-2015. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

²³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, decisión del día 5 de agosto de 2014 dentro del expediente con radicado 11001-31-03-003-2003-00660-01.

²⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia SC4124-2021 del 16 de noviembre de 2021. MP. Francisco Ternera Barrios.



la Magistrada Margarita Cabello Blanco, precisó subreglas tales como la concretada en el brocardo traído a colación para la evaluación del **perjuicio moral**:

*“Todo cuanto viene dicho se justifica en casos como los que pone de presente este cargo, en la medida en que **para la reparación del daño moral es menester que se tenga certeza, no solo de las circunstancias que rodearon el hecho, sino de la existencia de los diversos intereses extra pecuniarios afectados y de su intensidad para de allí arribar a una cuantía de dinero que, a modo de satisfacción, se constituya en la reparación o indemnización, palabras todas hueras frente al inasible dolor que por este medio se intenta mitigar. Pero debe aclararse que bajo el rubro aludido -daño moral- no han de quedar comprendidas vulneraciones o menoscabos que propiamente están cobijados por el denominado daño a la vida de relación, que son los dos tipos de daños extrapatrimoniales reclamados por los demandantes en esta causa. (...)**”* (Negritas fuera de texto).

Teniendo en cuenta las afirmaciones de la apoderada de la parte demandante, es sensato interpretar que, grosso modo, la *causa petendi* del aludido perjuicio, tiene por sustento los siguientes hechos:

“VIGESIMO QUINTO: En el ámbito interno de la personalidad del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, a raíz de la pérdida del cincuenta (50%) por ciento de la visión, ha padecido intensos sufrimientos, sentimientos de profunda tristeza, congoja, desanimo, aflicción, sensación de abandono, soledad y desilusión.

VIGESIMO SEXTO: Debido al daño tan notorio e irreversible que sufrió el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, ocasionándole la pérdida total de su ojo derecho, cambió totalmente su estilo de vida y afectó sobremanera y contundentemente su relación con el entorno, debido al cambio estético en su rostro a partir de la prótesis implantada, FABIAN PEÑA OROZO, ha cambiado la forma como se relaciona con los demás, pues ya no suele salir tanto, ya no departe con amigos, con familiares, ni realiza actividades en escenarios que requieren máxima atención o esfuerzo visual, cambio totalmente su capacidad de socializar con las demás personas que lo rodean, además de las inseguridades y la pena que sufre que lo vean sin su órgano de la vista.

VIGESIMO SEPTIMO: La pérdida total del ojo derecho del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, le ha causado a su esposa DEYSI CAROLINA MURILLO, sus menores hijos ADRIAN ARSLEY PEÑA MURILLO y TAI ANGELINA PEÑA MURILLO, su señora madre ERMILDA DEL ROCIO OROZCO LAVERDE y su señor padre JESUS ORLANDO PEÑA CAMARGO, una profunda tristeza, angustia e impotencia de ver a su ser querido de esa manera, y por saber que ha perdido la mitad de su visión para siempre.

VIGESIMO OCTAVO: Sus hermanos, RAMÓN ORLANDO PEÑA OROZCO, JESUS JAVIER PEÑA OROZCO, VIVIAN YANISE PEÑA OROZCO, ADRIANA STELLA PEÑA OROZCO y SANDRA ROCIO PEÑA OROZCO, sus sobrinas MICHELL VALERIA PEREZ



PEÑA, LAURA GABRIELA PEÑA OROZCO y YENNY ALEJANDRA GALVIS PEÑA, su primo YEFERSON DAVID LOPEZ OROZCO, sus cuñados, KYARA YERALDY JULIO CORTES y GUSTAVO SANCHEZ DURAN, además su compadre y gran amigo DARWIN ARTURO ARIZA TIRIA, todos al ser una familia muy unida han vivido muy de cerca todo el proceso de la pérdida del ojo del señor FABIAN EDUARDO PEEÑA OROZCO, brindándole siempre un gran apoyo emocional, sin embargo, han sufrido enorme dolor y tristeza al ver a su familiar en ese estado y al saber que ha perdido un ojo para siempre, limitando y trastornando sus hábitos de vida, como también, su personalidad y esencia misma.”

Seguido a la falta de acreditación de los presupuestos generales del juicio de responsabilidad civil extracontractual -habida cuenta que en la producción del daño al señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO no hay relación jurídico sustancial en la que se evidencien causas adecuadas en las que haya incurrido culposamente la **CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA-** debe reponerse, en subsidiario, que la petición del perjuicio indicado adolece de sustento probatorio, precisión y además, se acumula con las circunstancias que enmarcan la reparación dentro de la ruta de la alteración a las condiciones de existencia. Menester sea resaltar que, conforme a la jurisprudencia, tal práctica es rechazada dado que invade las esferas de otros perjuicios y su *quantum* de indemnización.

d. Sobre el daño a la vida de relación.

De acuerdo a la evolución y adaptación que ha tenido esta tipología para la doctrina²⁵ y jurisprudencia nacional, es importante relacionar con brevedad y sin circunloquios, decisiones de la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, cuya interpretación advierte:

“3.- Desde luego, el daño a la vida de relación o perjuicio de agrado es otra variedad de daño extrapatrimonial. Sobre el particular, son abundantes los pronunciamientos de la jurisprudencia mayor. Se recibe, como la imposibilidad del ejercicio regular de actividades ordinarias de recreo, sosiego o regocijo. Es, pues, la privación “de los placeres que la víctima podía esperar de una vida normal”. De manera concreta, el daño se presenta como la “carencia de las ventajas o disfrutes de una vida ordinaria o normal.” Esto es, sobre la vida de la víctima se impone “una disminución de los placeres y parabienes, por la dificultad o imposibilidad de entregarse a plurales actividades de gozo.” En una palabra, “es la mutilación de los placeres de la existencia.”

²⁵ “Además del menoscabo económico (daños patrimoniales) y emocional (daños morales) que pueda sufrir la víctima de un atentado a su integridad física, podemos hallar otra alteración en sus condiciones de existencia. En efecto, la incapacidad física o psicológica del lesionado van a producirle no solo pérdida de utilidades pecuniarias (daño material) o la de la estabilidad emocional, o dolor físico (perjuicios morales subjetivos), sino que en adelante no podrá realizar otras actividades vitales que, aunque no producen rendimiento patrimonial, hacen agradable la existencia. (...)” TAMAYO JARAMILLO, Javier. (2010) *Tratado de Responsabilidad Civil. Tomo II*. Ed. Legis. Colombia. pp. 509.



Algunas de sus características son las siguientes. Primero, «ha adquirido un carácter distintivo, ajustado a las particularidades de nuestra realidad social y normativa» (SC10297, 5 ag. 2014, rad. n.º 2003-00660-01). Segundo, corresponde a la privación, disminución, “pérdida” del agrado, causado por la imposibilidad de realización de actividades ordinarias. Tercero, esta imposibilidad es, en principio, funcional -empero, también podría ser física o psicológica -. Cuarto, las más de las veces, el daño es vitalicio. Quinto, “constituye una afectación a la esfera exterior de la persona.” (SC-1997-09327-01, 13 may. 2008). Es decir, con él se comprometen los padecimientos de «la relación externa de la persona» (SC22036, 19 dic. 2017, rad. n.º 2009-00114-01). Sexto, como acontece con el daño moral, su cálculo ha sido “confiado al discreto arbitrio de los funcionarios judiciales.” (SC-2003-0066001, 5 agos. 2014). Séptimo, por tratarse de un daño extrapatrimonial, con respecto a él se ofrece “un mecanismo de satisfacción, por virtud del cual se procure al perjudicado, hasta donde sea factible, cierto grado de alivio, sosiego y bienestar que le permita hacer más llevadera su existencia.” (SC-1997-09327-01, 13 may. 2008). Por lo demás, a nivel probatorio, el juez podría apoyarse en “hechos notorios, los que -se resalta- deben examinarse en cada caso concreto por el funcionario judicial con miras a evitar su uso desbordado e injusto” (SC4803, 12 de dic. 2019, expediente 73001-31-03- 002-2009-00114-01).”²⁶

Como se indicó en párrafos que anteceden -subsidiario a la falta de acreditación de los presupuestos generales que entran en este juicio de responsabilidad civil-, es importante indicar que, en razón a lo esbozado en el acápite de pretensiones... es inocua la petición de condenas por esta tipología. Ello, toda vez que de los hechos narrados y de los medios de prueba que se pretenden practicar -de acuerdo a la carga probatoria formal de la parte accionante- no hay valoración que induzca a precisar cuáles actividades, placeres, diligencias o demás conductas se han visto limitadas en su realización por el daño, ni se hace evidente de qué manera confluye el mentado perjuicio respecto de la señora Deysi Carolina Murillo.

e. Sobre el daño a un derecho constitucional y convencionalmente protegido.

Frente a la petición del aludido perjuicio, debe recordarse que, excepcionalmente, el mismo tiene una connotación pecuniaria, ya que la forma de restablecer el derecho subjetivo del accionante principia con la ejecución de medidas compensatorias de orden simbólico.

2. SEGUNDA EXCEPCION. AUSENCIA DE CULPA

A. DETERMINACIÓN DEL CONTENIDO OBLIGACIONAL DE LA CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.

Inicialmente, sea pertinente señalar a esta instancia judicial que el esquema de responsabilidad aplicable al caso en concreto, es el de RESPONSABILIDAD SUBJETIVA EN LA MODALIDAD

²⁶ SC4124-2021. Op. cit. pp. 36-39.



DE CULPA PROBADA; es decir, el demandante debe probar cada uno de los elementos del juicio de responsabilidad, esto es: daño, culpa y relación causal.

Observemos que el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007 modificada por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011 señala la naturaleza de la obligación²⁷ surtida en la relación médico-paciente:

*“**Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. (...)”***
(Subrayado fuera de texto).

Lo anterior, sin perjuicio de las estipulaciones especiales de las partes para obligaciones de resultado (Artículo 1604 del Código Civil), aspecto que no sucedió en este caso.

En lo pertinente, los pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia delimitan el tema, así:

*«[s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, **el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente,** que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado»²⁸.*
(Subrayado fuera de texto).

En el sub lite, el esquema se mantiene en culpa probada.²⁹

²⁷ Al respecto es importante tal diferenciación, por ejemplo en sentencia SC3847-2020 (2013-00092-01): “La diferencia entre las obligaciones de medio y las de resultado, en definitiva, sirve para facilitar y solucionar problemas relacionados con la culpa galénica y su prueba. Desde luego, sin perjuicio de otras reglas de morigeración, como ocurre en los casos de una manifiesta dificultad probatoria para el paciente o sus familiares, introducidas ahora por el artículo 167 del Código General del Proceso, las cuales deben ser evaluadas en cada caso concreto.”

²⁸ CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199.

²⁹ La Corte Suprema de Justicia en sentencia SC3847-2020 (2013-00092-01): ha referido las cargas probatorias en uno y otro esquema: “La conceptualización reviste importancia con miras a establecer las cargas probatorias de los supuestos de hecho normativos y de las consecuencias jurídicas de su incumplimiento. En punto de las obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia, impericia o falta de cuidado de los facultativos, mientras en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.”



La apodera de la parte demandante, no identifica el contenido obligacional supuestamente omitido por la **CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.**, como tampoco hay prosperidad probatoria para desvirtuar los procedimientos clínicos ejecutados de acuerdo con la *lex artis* por los galenos de mi representada. Contrario sentido, el historial clínico en lo sucesivo de sus atenciones, demuestra que el señor Fabian Eduardo Peña Orozco fue recibido, diagnosticado, y tratado con diligencia y de forma muy oportuna. Caso distinto, es que previa atención de la **CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.**, obren casusas e intervenciones en otros centros médicos.

B. DILIGENCIA Y CUIDADO DE LA CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.

Los litigios por responsabilidad civil extracontractual derivada de actos médicos, ostentan particularidades que para la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, son de tal tenor:

“El manejo de la prueba para obtener la exoneración de responsabilidad médica, por lo mismo, es distinta. En las obligaciones de medio, al demandado le basta demostrar diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil). En las de resultado, al descontarse el elemento culpa, le corresponde destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero.

La diferencia entre las obligaciones de medio y las de resultado, en definitiva, sirve para facilitar y solucionar problemas relacionados con la culpa galénica y su prueba. Desde luego, sin perjuicio de otras reglas de morigeración, como ocurre en los casos de una manifiesta dificultad probatoria para el paciente o sus familiares, introducidas ahora por el artículo 167 del Código General del Proceso, las cuales deben ser evaluadas en cada caso concreto.

En las obligaciones de medio, por supuesto, al actuar galénico no le es exigible la infalibilidad. En palabras de la Corte, porque el «azar o el acaso es parte constitutiva de su contenido, y el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor». En las de resultado, en cambio, por regla de principio, sí, puesto que, como allí mismo se dijo, la «presencia del componente aleatorio o de azar es exigua, y por ende, el deudor sí puede garantizar que el acreedor obtenga el resultado o logro concreto que constituye (...) [su] interés primario».

*El baremo o límite para establecer responsabilidad médica, en todo caso, lo constituye el criterio de normalidad emanado de la *lex artis*. El desbordamiento de esa idoneidad ordinaria, por demás, cualificada, es lo que debe ser objeto de reproche y, por ende, de resarcimiento. Según sea el caso, por infracción de las pautas de la ley, de la ciencia o del respectivo reglamento médico.” (Negrillas fuera de texto).*



De acuerdo a la contestación que este suscrito ha hecho al núcleo fáctico expuesto por el apoderado de la parte demandante -como *iter* previo al daño- junto con las prescripciones médicas de los galenos de la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA S.A.S. al señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO -que se denotan en el historial clínico-, aunado al dicho de los testigos técnicos que se traerán a juicio, se dispone la formulación de tal excepción perentoria.

No hay porfía científica en la demanda que conduzca al descredito de los diagnósticos, procedimientos quirúrgicos o pautas médicas ofrecida por los doctores de mi representada. Contrario sentido, esta contestación de demanda se ha acompañado de literatura científica que denota el cumplimiento y normal decurso en la rehabilitación de la salud oftalmológica del señor PEÑA OROZCO.

3. TERCERA EXCEPCION. INEXISTENCIA DE RELACION CAUSAL

a. Marco jurídico y doctrina

Doctrina jurídica acertada, determina para la conceptualización de este elemento del juicio de responsabilidad extracontractual...

*“El hecho de que la conducta que causa el daño pueda consistir en una omisión, así como el hecho de que se admita la exoneración del demandado con prueba de una causa extraña, permiten comprender la diferencia que existe entre los conceptos de causalidad física y causalidad jurídica, y permiten afirmar, además, que las expresiones normativas antes mencionadas, con las que se alude de diversas maneras a la causación del daño, hacen referencia al segundo fenómeno, y no al primero. En efecto, cuando el daño se atribuye a una omisión no existe una relación de causalidad física entre esta y el daño, no obstante, lo cual el demandado resulta condenado, porque era previsible que ocurriera el resultado si la acción omitida no se realizaba a tiempo, y cuando se establece la ocurrencia de una causa extraña, el demandado es liberado a pesar de que ha causado materialmente el daño.”*³⁰(Subrayado fuera de texto.)

Al compás, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, ha esgrimido respecto del nexo de causalidad, tales idearios:

*“Recuérdese que, en el marco de un juicio de responsabilidad extracontractual, el examen de causalidad material resulta útil en tanto herramienta para demarcar los precursores causales que pueden considerarse relevantes para la realización del hecho dañoso; **pero será necesario agotar una segunda etapa de análisis –a la que se referirá la Corte seguidamente– para elegir, con base en criterios normativos, a cuál (o cuáles) de esos***

³⁰ María Cecilia M´Causaland Sánchez. Equidad Judicial y Responsabilidad Extracontractual. Universidad Externado de Colombia. Pág. 335.



precursores puede asignársele el rótulo de “causa” del hecho dañoso, en el sentido que asigna el derecho a esa expresión.

(ii) *Causalidad jurídica.*

Si en el juicio se establece que la conducta o actividad del demandado no es un antecedente causalmente relevante del hecho dañoso, el petitum no saldrá avante, porque nadie puede ser obligado a indemnizar resultados lesivos en los que no intervino. En contraposición, una respuesta afirmativa a aquella cuestión impondrá agotar una segunda fase de análisis, en la que se involucra de forma más activa el conocimiento de los juristas: elucidar, a través de las directivas que consagra el derecho aplicable, si es posible asignar a la conducta o actividad del demandado, en tanto antecedente causal relevante del daño, el rótulo de “causa” de este.”³¹

Es claro que el análisis de causalidad no puede limitarse a la contrastación fáctica; atribuyendo el acaecimiento de los eventos que dan origen al daño al simple plano de, verbigracia, las condiciones *sine qua non* o las de las causas próximas a la generación del daño.

Tal como lo reseñan nuestros jueces “(...) para sistematizar esas directivas del ordenamiento en materia de causalidad, suelen emplearse varias teorías jurídicas, de entre las cuales despunta la “teoría de la causa adecuada”, hasta la fecha imperante en la jurisprudencia civil colombiana. La causa adecuada intenta diferenciar las condiciones antecedentes seleccionadas (es decir, las que tienen un vínculo “causal material” con el resultado) a partir de su relevancia con relación al resultado.”³²

De modo qué...

“En conclusión, de entre las múltiples directivas jurídicas postuladas para guiar la selección entre condiciones antecedentes necesarias para la producción del daño, la jurisprudencia patria suele valerse –explícita o implícitamente– del criterio denominado causa adecuada, según el cual el agente debe ser considerado responsable «solo del daño que resulta regularmente y de acuerdo con el curso normal de las cosas de la conducta o actividad desplegada», teniendo en cuenta variables como la previsibilidad, la cercanía temporal entre la conducta y el daño, o la entidad de este en relación con las secuelas de aquella, entre otras.”³³

b. Caso en concreto

³¹ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. SC3604-2021 del 25 de agosto de 2021. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

³² Ibidem.

³³ Ibidem.



Si bien los historiales médicos denotan la intervención de la CLÍNICA SANTA ANA S.A. y de la **CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.** para el restablecimiento de la salud del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, lo importante es resaltar cuales de aquellos hechos –la intervención de las clínicas-, además de ser necesarios, cumplen con los estándares de relevancia y adecuación para la producción del daño, previo análisis del material probatorio y en todo caso, de la evaluación individual y la consecuencia en los procedimientos que ejecutaron los galenos.

VI. OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO (Art. 206, Ley 1564 de 2012)

El juramento estimatorio es un medio de prueba que funge como delimitador de la cuantía y por ende de la competencia. No puede ser este medio de prueba arrimado a la demanda de forma no convencional y sin la utilidad que el mismo goza, como es el caso que nos ocupa. De hecho, la Corte Constitucional al revisar la constitucionalidad del artículo 206 de la Ley 1564 de 2012 señaló:

“(...) Señalar la cuantía, por la vía del juramento estimatorio, cuando sea necesario, o por la vía de su estimación razonada, es uno de los requisitos de la demanda, al tenor de lo previsto en el artículo 82, numerales 7 y 9. Este requisito no es un mero formalismo, pues guarda relación con un medio de prueba y, en todo caso, es necesario para determinar la competencia o el trámite. Por lo tanto, señalar la cuantía no es un requisito prescindible o caprichoso, sino un presupuesto necesario para el trámite del proceso.”³⁴

El demandante ha señalado en su escrito de demanda en el acápite de “**JURAMENTO ESTIMATORIO**” lo siguiente:

*“En razón a lo expresado en el acápite de pretensiones dentro de la presente reclamación judicial, se estima la cuantía en la suma equivalente de **QUINIENTOS VEINTE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$520.665.000)**, sumando tanto los perjuicios materiales como los extrapatrimoniales.”*

Refiere el mentado artículo 206 del Código General del Proceso lo siguiente:

“ARTÍCULO 206. JURAMENTO ESTIMATORIO. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se

³⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-157 de 2013.



considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

Formulada la objeción el juez concederá el término de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes.

Aun cuando no se presente objeción de parte, si el juez advierte que la estimación es notoriamente injusta, ilegal o sospeche que haya fraude, colusión o cualquier otra situación similar, deberá decretar de oficio las pruebas que considere necesarias para tasar el valor pretendido.

Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada.

El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda o cuando la parte contraria lo objete. Serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar o dejar sin efecto la condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento.

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz.

PARÁGRAFO. *También habrá lugar a la condena a la que se refiere este artículo a favor del Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. En este evento, la sanción equivaldrá al cinco por ciento (5%) del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.*

La aplicación de la sanción prevista en el presente párrafo sólo procederá cuando la causa de la falta de demostración de los perjuicios sea imputable al actuar negligente o temerario de la parte.” (Negrillas fuera de texto).

De la norma transcrita se puede extraer las siguientes reglas aceptadas por la doctrina procesal mas calificada en la materia:



1. Solo se usará para perjuicios patrimoniales. No se utilizará para perjuicios morales o similares.³⁵

Señala el demandante una única suma de dinero general, que, si observamos las pretensiones de la demanda ésta suma corresponde a la sumatoria de perjuicios de carácter material e inmaterial, enrostrándose -entonces- como ineficaz la juramentación frente a los perjuicios que el demandante denominó LUCRO CESANTE, PERJUICIOS MORALES, DAÑO A LA VIDA EN RELACION (ALTERACIONES GRAVES A LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA), DAÑO A UN DERECHO CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE PROTEGIDO.

Esta regla es importante dado por tres razones: i) los daños extrapatrimoniales no se indemnizan, sino que, se compensan dado su valor indeterminado y meramente representativo³⁶. ii) Incluir este tipo de perjuicios conlleva a inflar de forma generosa la cuantía de la demanda, y, iii) dada su abstracción y su compensación meramente representativa resultaría ilógico aplicar sanción de que trata el inciso 4 del artículo 206 precitado.

Verificado el valor que el demandante esta juramentando se evidencia que ha incluido los perjuicios morales, vida de relación y el daño a un derecho constitucional y convencionalmente protegido, actitud totalmente errada por disposición legal y que solo ha ocasionado la hiperinflación de la cuantía.

2. La estimación debe ser razonada³⁷.

Al comparar la demanda con los presupuestos de eficacia de dicho medio de prueba, se evidencia la carencia de sustento en la procedencia de dichos valores. Lo razonado es lo que se puede explicar o analizar. Al respecto la doctrina señala:

“(…) Esto implica explicación, análisis y especialmente el que se acompañen los argumentos con los elementos de prueba sumaria que pueden ser usados por el juez para el cotejo. Por ejemplo: cotizaciones o análisis económicos -en prospectiva- realizados por un experto.”³⁸

³⁵ La Prueba en el proceso: una aventura intelectual. Diana María Ramírez Carvajal. 2ª Edición. Pág. 209. Igualmente, el profesor Jairo Parra Quijano ha señalado: “Es un deber que quien reclama cualquiera de los conceptos indicados en la norma, los debe estimar bajo la gravedad del juramento. Si se hace por ejemplo con la demanda, en ella se debe hacer la estimación indicada y si se hace en la contestación de la demanda en ella, etc.” Manual de Derecho Probatorio. Pág. 673.

³⁶ Una sentencia relevante del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cartagena. Radicación 13001-31-03-001-2013-00158-02, M.P. Marcos Román Guio Fonseca: “Y es que tal disposición tendría sentido, si tenemos en cuenta que el daño moral extrapatrimonial, por su difícil concreción material, se indemniza con base en el arbitrio judicis, es decir, que depende del juicio razonable del juez luego de apreciar las condiciones del daño ocasionado. De hecho, el sistema que se ha adoptado en el ordenamiento jurídico colombiano, ha consistido en establecer por vía de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado, unos toques máximos de indemnización por daños extrapatrimoniales, que sirven de guía o soporte, según el caso en concreto.”

³⁸ La Prueba en el proceso: una aventura intelectual. Diana María Ramírez Carvajal. 2ª Edición. Pág. 209. Igualmente



Entonces, observado el acápite de la Juramentación estimatoria de perjuicios no se halla análisis de la razón de dichos valores, como si este requisito se agotara con la simple enunciación de la sumatoria de todas las pretensiones, aspecto totalmente equivocado y en el que se halla esta demanda. La demandante cita las formulas usadas para la obtención del lucro cesante pasado, sin que de forma clara explique la procedencia de los valores que allí refiere, ni los descuentos, ni la procedencia de la aplicación de porcentajes.

Esto denota a todas luces la irrazonabilidad del juramento, pues precisamente el espíritu de la norma es evitar situaciones como la presente. Al respecto el profesor Hernán Fabio Lopez Blanco hace énfasis:

“La finalidad de esta disposición es la disciplinar a los abogados quienes con frecuencia en sus demandas no vacilen en solicitar de manera precipitada y muchas veces irresponsable especialmente cuando de indemnización de perjuicios se trata, exageradas sin base real alguno que aspiran a demostrar dentro del proceso pero sin que previamente, su deber adelante en estudios serios frente al concreto caso para ubicarlas al menos aproximadamente en su real dimensión económica de ahí que en veces no pocas de manera aventurada lanzan cifras estrambóticas a sabiendas que están permitidos los fallos *mínima petita* en otra ocasiones se limitan a dar más más básica y de allí en adelante lo que se pruebe fórmula con la cual eludían los efectos de aplicación de la regla de la congruencia.”³⁹

Entonces, el demandante no cumple con el fin de este medio probatorio, lo contrario, no se puede entender la procedencia de uno u otro valor relacionado. **Para este caso se solicitara al final de este memorial que, en la sentencia, se condene a la sanción de que trata el artículo 206 del C.G.P.**

3. La estimación se hará bajo la gravedad de juramento.⁴⁰

Requisito de Ley es la manifestación expresa de “bajo la gravedad de juramento”, dicho requisito se satisface en la literalidad del acápite objetado.

4. Discriminación de los conceptos de indemnización.

³⁹ Hernán Fabio López Blanco. Código General del Proceso. Tomo III. DUPRE Editores. Segundo Edición 2019. Página 264.

⁴⁰ El juramento de la cuantificación indica la seriedad y rigorismo que la acreditación de perjuicios implica, de hecho, la Corte Constitucional en sentencia C-157 de 2013 refirió: “*Por razones de probidad y de buena fe se exige, por ejemplo, que el demandante obre con sensatez y rigor al momento de hacer su reclamo a la justicia, en especial en cuanto atañe a la existencia y a la cuantía de los perjuicios sufridos. Como se ilustró atrás, no se trata de un mero requisito formal para admitir la demanda, sino que se trata de un verdadero deber, cuyo incumplimiento puede comprometer la responsabilidad de la parte y de su apoderado.*”



El demandante obvia, al igual que los anteriores presupuestos, este elemento. No se hallan los valores discriminados de cada uno de la tipología de perjuicios donde desencadene la procedencia de cada uno de ellos, es decir, no basta con decir que determinado valor corresponde al perjuicio material, sino que, se debe señalar de forma razonada la procedencia de ese valor, cómo el togado llega a su cuantificación, pues, uno de los objetivos que el juramento estimatorio sea tan riguroso obedece a evitar de forma injusta la imposición de valores desproporcionados.

De hecho tal proceder equivocado que acá el demandante materializa fue advertido como mala practica por el precitado profesor Hernán Fabio López:

“(…) es necesario especificar lo que se pretende por daño emergente, por lucro cesante, por frutos, por mejoras, en fin por el concepto al que se aspira a una indemnización y no esta permitido señalar en forma general que se estiman los “perjuicios materiales” en equis suma global.”⁴¹

VII. SOLICITUDES PROBATORIAS (Art. 96, numeral 4, Ley 1564 de 2011)

A. PRUEBAS DOCUMENTALES

Se solicita sea incorporado: (I) Historial clínico completo del paciente FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO (CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.).

B. INTERROGATORIO DE PARTE.

Solicito al señor Juez que de conformidad con el medio de prueba consagrado en el artículo 198 del Código General del Proceso, sea decretado el interrogatorio de parte a:

INTERROGADO	OBJETO
FABIAN EDUARDO PEÑA ROZO	Las preguntas serán formuladas en audiencia inicial y versaran sobre la atención medica brindada al paciente, las intervenciones que le fueron practicadas y las autorizaciones de las mismas.

C. PRUEBAS TESTIMONIALES

Solicito al señor Juez, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 212 del Código General del Proceso, decretar la práctica de las siguientes declaraciones de terceros, conforme a su objeto de prueba:

Nº	DECLARANTE	OBJETO
----	------------	--------

⁴¹ Hernán Fabio López Blanco. Código General del Proceso. Tomo III. DUPRE Editores. Segundo Edición 2019. Página 265.



1.	CARLOS PEÑARANDA IVAN GOMEZ, identificado con la cédula de ciudadanía número 13.451.455	Médico especialista en Oftalmología, adscrito a la CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S. , quien depondrá lo concerniente al diagnóstico, intervenciones, complicaciones y evolución clínica del señor Fabian Eduardo Peña Rozo. El testigo posee información relevante pues fue el medico titular por un periodo de tiempo y expondrá el diagnóstico clínico con interpretación del mismo. Testificará a este respecto.
2.	NICOLAS PINZÓN, VELASCO	Profesional de la salud perteneciente a la CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S. , quien es conecedor de los procedimientos clínicos realizados en el precitado centro médico al señor Fabian Eduardo Peña Rozo. Testificará a este respecto.
3.	NIDYA GISELA RAMON SALCEDO, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.094.271.616.	Optómetra adscrita a la CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S. Develará el correspondiente progreso clínico del paciente y sus condiciones médicas, teniendo en cuenta que ante la mentada galena se realizó la valoración para la prótesis ocular. Testificará a este respecto.
4.	RAMYUR MONSALVE RODRIGUEZ LENIN	Oftalmólogo oculoplástico de la CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S. , quien, previo conocimiento del desarrollo médico del paciente, coadyuvó al diagnóstico para la prótesis ocular. Testificará a este respecto.
5.	ALONSO LENES DIAZ, identificado con la cédula de ciudadanía número 73.208.507.	Profesional médico perteneciente a la CLINICA SANTA ANTA S.A. , recepcionó y conoció inicialmente de la patología que aquejaba al paciente Fabian Eduardo Peña Rozo, remitiéndolo a la Unidad de Triage. Testificará a este respecto.
6.	HAROLD CHARRIS MANUEL NIGRO, identificado con la cédula de ciudadanía número 72.315.550.	Médico general de la CLÍNICA SANTA ANA S.A. , quien fue el encargado el día 17 de julio de 2019 de realizar la extracción y el procedimiento clínico de “extracción de cuerpo extraño” en la Unidad de Triage, ordenando, además, la aplicación de medicamentos al paciente Fabian Eduardo Peña Rozo. Testificará a este respecto.
7.	YULIE NAVAS KATHERINE SIERRA, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.090.458.913.	Médico General de la CLÍNICA SANTA ANA S.A. , encargada el día 21 de julio de 2019 de la Unidad de Triage y quien posterior a la “extracción del cuerpo extraño”, remitió al paciente Fabian Eduardo Peña Rozo a valoración por Oftalmología. Testificará a este respecto.



D. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL APORTADO CON LA DEMANDA

Solicito al señor Juez, de acuerdo con la oportunidad de contradicción probatoria consagrada en el artículo 228 del Código General del Proceso:

- Decretar la comparecencia del perito **EDUARDO JOSE DE LA HOZ MERLANO**, identificado con la cédula de ciudadanía número 72.252.979 y con registro médico número 1048/06.

Se hace la salvedad de que esta petición probatoria se realiza “dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado”⁴² el dictamen. Es decir, dentro del traslado del escrito genitor para contestar la demanda.

VIII. SOBRE LAS SOLICITUDES PROBATORIAS DE LA DEMANDA

Señor Juez, solicitamos sean tenidas en cuenta las siguientes manifestaciones para la etapa de abducción probatoria del *sub judice*, previa emisión del auto por el cual se decretan las pruebas:

1. Sobre las documentales.

En el libelo genitor, la apoderada de la parte demandante solicita, sea incorporada al plenario la “Copia de la **DECLARACIÓN JURAMENTADA de unión libre entre la señora DEYSI CAROLINA MURILLO y el señor FABIAN EDUARDO PEÑA ROZO**”.⁴³ Ante tal petición, sea necesario manifestar que aquellos declarantes extraproceso, obran como partes demandantes en esta causa judicial. En tal sentido, la solicitud debería inadmitirse, teniendo en cuenta lo que respecto de la declaración de parte, tiene establecido la jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil⁴⁴:

“(…)

Los hechos operativos y los hechos probados podrán ser tenidos en cuenta más adelante para la elaboración de los enunciados fácticos porque no dan lugar a discrepancias. De ahí que la simple declaración de parte no es medio de prueba, pues los hechos operativos que de ella se extraen jamás hacen prueba a favor de quien los refiere.

⁴² Ver artículo 228 del C.G.P.

⁴³ Ver Pág. 18 del escrito de subsanación de la demanda aportado por la apoderada de la parte demandante. Solicitud de prueba documental número 44.

⁴⁴ Decisión calendarada al día 10 de marzo de 2020, dentro del expediente con consecutivo SCT780 2020 y cuya ponencia correspondió al Magistrado Ponente Ariel Salazar Ramírez.



Ese es el significado del inciso final del artículo 191 del Código General del Proceso cuando expresa que «la simple declaración de parte se valorará por el juez de acuerdo con las reglas generales de apreciación de las pruebas».

Las “reglas generales” de apreciación de las pruebas señalan que la declaración que no entraña confesión sólo puede apreciarse como hecho operativo, dado que no produce consecuencias jurídicas adversas al declarante ni favorece a la parte contraria (numeral 2º del artículo 195 del Código de Procedimiento Civil; numeral 2º del artículo 191 del Código General del Proceso). Pero tampoco favorece al declarante porque nadie puede sacar ventaja probatoria de su simple afirmación.

Como la simple declaración que no comporta confesión no produce prueba a favor ni en contra del declarante o de su contraparte, hay que concluir necesariamente que no es un medio probatorio sino un hecho operativo, dado que no genera controversia, ni hay necesidad de someterla a contradicción; por lo que sólo servirá para contextualizar la situación cuando hayan de elaborarse los enunciados fácticos en la sentencia.” (Negrillas fuera de texto).

Aunado a lo anterior, la apoderada de la parte demandante, solicita igualmente la incorporación del documento nominado “*Copia certificado de discapacidad emitido por el ministerio de salud*”⁴⁵. A pesar del principio de preclusión de los actos procesales, y que no es esta la etapa probatoria pertinente para el acceso a la solicitud... sea importante comentar que la conducencia de este elemento de prueba es nula, y por tanto, no tiene razón de ser su aportación.

2. Sobre la solicitud de una prueba de oficio.

La apoderada de la parte demandante, incita al Despacho para la adopción de una prueba de oficio... No obstante, debe recordarse que es obligación de los apoderados “*Abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir.*”⁴⁶ Esto, porque la naturaleza del proceso civil en la fase probatoria, es la de un sistema dispositivo en el que les corresponde a las partes “*probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.*”⁴⁷.

Para tal efecto, deben tenerse en cuenta las siguientes oportunidades y previsiones de la normativa procesal civil:

“Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código.

⁴⁵ Ver Pág. 18 del escrito de subsanación de la demanda aportado por la apoderada de la parte demandante. Solicitud de prueba documental número 45.

⁴⁶ Ver el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

⁴⁷ Ver artículo 167 del C.G.P.



*En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado. El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente. (...)*⁴⁸

Doctrina autorizada en la materia, expone: “*Se observa que el requisito en materia de aporte de pruebas documentales no se limita a solicitarlas sino que debe el demandante aportar las pruebas documentales que tiene en su poder, a más de que es su carga procesal obtener las pruebas documentales que reposan en poder de otros sujetos de derecho para aportarlas al proceso, ya que solo puede solicitar el aporte de ellas si acredita haberlas solicitado pero no las obtuvo*”.⁴⁹

De modo tal, que correspondía, previo a la iniciación de este proceso judicial, realizar las gestiones pertinentes para obtener la calificación de pérdida laboral de la víctima directa.

IX. ANEXOS

Téngase como anexos de la presente contestación de demanda:

1. Poder otorgado por el representante legal de la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.** al suscrito a través de mensaje de datos.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la **CLINICA OOFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.**

X. PETICIONES FINALES

Conforme a todo lo esbozado en esta contestación de demanda, solicito al señor Juez resolver en la sentencia las siguientes peticiones:

1. Se declare como probadas las excepciones de **INEXISTENCIA DE DAÑO, CULPA Y RELACION CAUSAL** por encontrarse acreditadas.
2. Declarar probada alguna excepción que el operador judicial encuentre acreditada conforme al artículo 282 del Código General del Proceso.

⁴⁸ Ver artículo 173 C.G.P.

⁴⁹ LOPEZ BLANCO, Hernán Fabio. (2016) *Código General del Proceso. Parte General*. Bogotá. Ed. Dupre. pp. 510.



3. Declare no procedentes las pretensiones de la parte demandante contra la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.**, por carecer de sustento probatorio, no acreditar los presupuestos dogmáticos de responsabilidad civil, menos aun la intervención causal del citado demandado.
4. Sancionar a la parte demandante conforme al artículo 206 del Código General del Proceso en razón a la objeción del Juramento Estimatorio conforme a lo manifestado en el acápite correspondiente, conforme a lo no acreditado por ella en este proceso judicial.
5. Condenar en costas a la parte demandante.

XI. NOTIFICACIONES

Para efectos de cualquier comunicación, se disponen las siguientes direcciones:

A la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.:**

Dirección física: En la calle 16 No. 0E – 25 CUCUTA, NORTE DE SANTANDER de San José de Cúcuta, Norte de Santander.

Dirección e-mail: p_henao@yahoo.es

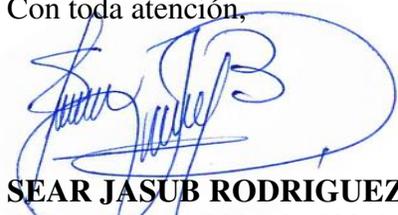
Al **apoderado** de la **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.:**

Dirección física: En la calle 11 # 2E-90 Barrio Caobos, Centro de Negocios Ventura Plaza, Oficina 4-111.

Dirección e-mail: notificaciones@focusgroupconsultores.com

Teléfonos: 323 519 0113 – 595 5459.

Con toda atención,



SEAR JASUB RODRIGUEZ RIVERA

C.C. número 1.090.464.538 de Cúcuta

T.P. número 325.816 del Consejo Superior de la Judicatura

Señora:

JUEZ SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO ORALIDAD

E. S. D.

Referencia radicada 54-001-31-53-006-2021-00241-00

Proceso: DECLARATIVO-RESPONSABILIDAD MEDICA

Demandante: FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO Y OTROS

Demandados: CLINICA SANTA ANA S.A Y OTROS.

ALFONSO NORBERTO JIMENEZ RAMIREZ, abogado en ejercicio, mayor y vecino de esta ciudad, actuando en mi condición de apoderado judicial, De la CLINICA SANTA ANA S.A Nit. 890 500 060, sociedad con domicilio principal en la ciudad de Cúcuta y representada legalmente por la señora YOISE MARLYSE RANGEL CONTRTARAS quien a su vez es mayor de edad y se identifica con la cedula de ciudadanía 60.422.149, quien para efectos de la presente actuación otorgo poder que reposa dentro de esta foliatura, por medio del presente escrito encontrándome dentro del término legal, me permito descorrer el traslado de la demanda impetrada por intermedio de apoderado judicial a nombre de FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, DEYSI CAROLINA MURILLO, , quienes actúan a nombre propio y en Representación de sus menores hijos ADRIANA ARSLEY PEÑA MURILLO y TAI ANGELINA PEÑA MURILLO, ERMILDA DEL ROCIO OROZCO LAVERDE, JESUS ORLANDO PEÑA CAMARGO, RAMON ORLANDO PEÑA OROZCO, KYARA YERALDY JULIO CORTES, JESUS JAVIER PEÑA OROSCO, VIVIAN YANISE PEÑA OROZCO quien actúa a nombre propio y en Representación de sus menores hijas ,MICHELL VALERIA PEREZ PEÑA y LAURA GABRIELA PEÑA OROZCO, ANDRIANA STELLA PEÑA OROZCO, YENNY ALEJANDRA GALVIZ PEÑA, SANDRA ROCIO PEÑA OROZCO, GUSTAVO SANCHEZ DURAN, YEFERSON DAVID LOPEZ OROZCO Y DARWIN ARTURO ARIZA TIRIA, en contra de la Clínica Santa Ana y otros, lo que permito hacer de la siguiente forma:

HECHOS

Con respecto a los hechos me permito pronunciarme de la siguiente forma:

1. Con respecto al hecho primero manifiesta mi mandante que en el caso que nos ocupa es cierto según se desprende de los documentos aportados al momento de impetrar la demanda.

2. Con respecto al hecho segundo, manifiesta mi mandante que es cierto
3. Con respecto al hecho tercero, manifiesta mi mandante que lo descrito concuerda con lo registrado en la historia clínica. Además, que se debe tener en cuenta, que se hace una descripción del estado del ojo, el cual no presentaba signos de infección, una micro úlcera corneal en globo ocular, y la extracción del cuerpo extraño se hizo sin complicaciones. Seguidamente se debe indicar que el tratamiento ordenado, en el que se ordenó las gotas oftalmológicas, es lo pertinente para la patología que en ese momento estaba presentado el usuario; aunado a que no había signos de alarma, que hubieren previsto otro tipo de tratamiento o contraindicación al ordenado, en la que en tal caso el tipo de infección más común que se llega a presentar es bacteriana.
4. Con respecto al hecho número cuatro, manifiesta mi mandante que únicamente le consta, lo consignado en la historia clínica es decir la hora y fecha de la re-consulta al servicio de la Clínica Santa Ana, esto es el 21 de julio del año 2019 las 10:47. Es decir más de tres días después del procedimiento realizado por el profesional adscrito a la clínica Santa Ana.
5. Manifiesta mi poderdante que solo le consta, lo que reposa dentro de la historia clínica, en el entendido que en ella se consigna la atención brindada por el cuerpo médico de la Clínica Santa Ana, y dentro de la misma existe la anotación realizada por la profesional de la medicina Doctora Yulie Katherine Navas Sierra, quien consigna:

Concepto: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO, CON EVIDENCIA DE ULCERA CORNEAL DERECHA POR LO CUAL SE REMITE PARA VALORACION POR PRIORITARIA POR OFATLAMOLOGIA. Plan de tratamiento: *SS VALORACIÓN POR OFTALMOLOGIA*. Destino: Domicilio.

Aunque se debe anotar, que ante la evolución que presenta el paciente, en esta oportunidad de atención, ya se considera como criterio médico su remisión a consulta por la especialidad de oftalmología, sin pasar por alto, que la atención inicial realizada por el médico adscrito a la IPS es la que corresponde a ese tipo de situaciones, cuando se presenta un cuerpo extraño en el ojo, y el tratamiento era el pertinente.

6. Es cierto, es lo que se deduce de lo allí consignado. Aunque es un hecho que le corresponde responder al otro demandado. Las infecciones micóticas no son de fácil resolución, no obstante el tratamiento médico que se instaure, al contrario tienden a ser catastróficas, y se debe resaltar, que al momento de la atención inicial, no había signos que pudiesen hacer

sospechar ese tipo de infección, observe que se describió, que no había signos de infección, en la historia clínica, y es dable manifestar que el paciente llega al servicio de urgencias de la CLÍNICA SANTA ANA, con una ulcera, que es causada por un cuerpo extraño, siendo la descripción de la atención la correcta, y que permite concluir que la atención correspondió a la lex artis ad hoc, para la situación de la consulta inicial en la IPS que represento.

Manifiesta mi mandante, que del hecho séptimo (7) al hecho vigésimo segundo (22) No le constan toda vez, los mismos describen hechos correspondientes a una atención brindada en una institución distinta a la que ella representa, además tal como se manifestó con anterioridad, mi representada no tiene ningún tipo de vínculo consanguíneo, de amistad, o lazo familiar con el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO ni con su familia. En tal sentido deben probarse plenamente las afirmaciones de la parte actora.

23. Manifiesta mi mandante, que, aunque la pérdida del ojo derecho que describe es un hecho lamentable, el mismo NO es atribuible a la atención brindada por los médicos ni el personal que labora en el servicio de urgencias de la Clínica Santa Ana. De presentarse una infección de origen micótico, ello es ajeno al actuar médico, sino a la propia evolución de la lesión como origen en ese cuerpo extraño; extraído exitosamente, y ordenado el tratamiento que se hace para este tipo de casos iniciales ante la sintomatología descrito, y lo consignado por el galeno en la historia clínica, al ser atendido el usuario por el servicio de urgencias. Si se tuvo una infección por presentada por hongos no había sospecha en esa primera atención en la clínica, infección fúngica, lo cual es muy difícil su curación; no obstante, el tratamiento correspondiente por oftalmología. Habiendo obrado correctamente el cuerpo médico de la IPS que represento de acuerdo con los signos clínicos presentados por el paciente, y dándose las ordenes médicas conducentes. Pero además que no le consta lo demás descrito en el hecho, toda vez que no tiene ningún tipo de vínculo consanguíneo, de amistad, o lazo familiar con el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO ni con su familia. En tal sentido debe probado.

24. Manifiesta mi mandante, que la parte accionante realiza afirmaciones o apreciaciones subjetivas, que deben ser probadas. Por demás en lo que respecta al resto de la narrativa que forma este hecho, manifiesta que no le consta, toda vez que no tiene ningún tipo de vínculo consanguíneo, de amistad, o lazo familiar con el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO ni con su familia. En tal sentido debe probarse.

25. Manifiesta mi mandante, que es un hecho que no le consta, toda vez que no tiene ningún tipo de vínculo consanguíneo, de amistad, o lazo familiar con el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO ni con su familia. En tal sentido debe probarse.
26. Manifiesta mi mandante, que es un hecho que no le consta, toda vez que no tiene ningún tipo de vínculo consanguíneo, de amistad, o lazo familiar con el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO ni con su familia.
Además, este es el momento oportuno para resaltar que, con la atención prestada en la Clínica Santa Ana, por el servicio de Urgencias, no se generó daño alguno, fue atendido a tiempo, y cabalmente. Ahora bien la evolución tórpida si es muy difícil de prever, y al parecer el paciente desarrolla una ulcera corneal de origen micótico, pero al paciente inicialmente lo que le daña el ojo no es la atención, como se pretende hacer ver, por el contrario la atención es adecuada, por otra parte el cuerpo extraño realiza un daño inicial en la córnea, daño cuya evolución si es muy difícil de prever o predecir., siendo esto así, ni tan siquiera tampoco se podría hablar de perdida de oportunidad, pues las consecuencias son producto de una evolución tórpida de un patología de base, que tal como se describe fue tratada de manera oportuna por los médicos de turno del sistema de urgencias de la Clínica Santa Ana.
27. Manifiesta mi mandante, que es un hecho que no le consta, toda vez que no tiene ningún tipo de vínculo consanguíneo, de amistad, o lazo familiar con el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO ni con su familia. En tal sentido debe probarse.
28. Manifiesta mi mandante, que es un hecho que no le consta, toda vez que no tiene ningún tipo de vínculo consanguíneo, de amistad, o lazo familiar con el señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO ni con su familia. En tal sentido debe probarse.

PRETENSIONES Y CONDENAS

1. CON RESPETO A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS

Su señoría manifiesto desde ya que mi representada se opone a todas y cada una de las declaraciones, pretensiones de la demanda, y condenas solicitadas por los accionantes, procederé una a una explicare el sentido de tal oposición; La parte demandante a través de su apoderado las clasifica así:

PRIMERO: Con respecto a la declaración primera me opongo tajantemente en lo tocante a mi mandante, toda vez que LA CLINICA SANTA ANA en los actos que realizó no se puede predicar la existencia de ningún defectuoso tratamiento médico, como lo esboza la parte actora, ni mucho menos de la consecuencia que el accionante atribuye a la atención prestada por los médicos, no es posible hablar de negligencia, ni culpa en ninguna de sus modalidades, y con su actuar no causo daño, ni perjuicio alguno, por el contrario se observa el actuar comprometido, y oportuno brindado a la paciente encada una de las actuaciones, médicas y del personal de auxiliares, contrario al que la parte accionante atribuye como hecho desencadenante de la pérdida total del ojo derecho del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO. Es una afirmación injustificada la que realiza el accionante donde describe un mala práctica médica, toda vez que no corresponde a la realidad manifiesta, de la atención prestada por la Clínica, donde pese a la patología de base que presentaba el paciente, la clínica SANTA ANA S.A le brindan los cuidados médicos oportunos correspondientes a su patología, Y SINTOMATOLOGIA de manera adecuada; los médicos dejaron las evidencias necesarias para probar estas afirmaciones con lo escrito por los profesionales en la historia clínica correspondiente al tiempo en que colocaron su saber y entender así como su profesionalismo al servicio del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, por lo tanto tampoco es posible estructurar una falta de oportunidad o del chance médico.

SEGUNDO: Con respecto a la declaración segunda me opongo tajantemente en lo tocante a mi mandante, toda vez que LA CLINICA SANTA ANA , en los actos que realizó no se puede predicar la existencia de negligencia, ni culpa en ninguna de sus modalidades, y con su actuar no causo daño, ni perjuicio alguno, por el contrario se observa el actuar comprometido, y oportuno brindado a la paciente encada una de las actuaciones, médicas y del personal de auxiliares, contrario al que la parte accionante atribuye como hecho desencadenante de la pérdida del ojo derecho del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO y de allí deriva su pretensión por el daño, además no es cierto la afirmación injustificada que realiza el accionante donde describe un mala práctica médica, toda vez que no corresponde a la realidad manifiesta de la atención prestada por la IPS, donde pese a la patología de base que presentaba el paciente, la clínica SANTA ANA S.A. le brinda los cuidados médicos y clínicos oportunos correspondientes a su patología, Y SINTOMATOLOGIA de manera adecuada. Los médicos dejaron las evidencias necesarias para probar estas afirmaciones con lo escrito por los profesionales en la historia clínica correspondiente al tiempo en que colocaron su saber y entender, así como su profesionalismo al servicio del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO fue acorde y oportuna. Por lo tanto, no se puede pretender una indemnización por un perjuicio cuando este no se generó en el acto médico, por lo tanto, tampoco es posible estructurar una falta de oportunidad o del chance médico.

Por todo lo anterior nos oponemos a la declaración y a la solicitud de condena, pues no existe por parte de mí representada la obligación de resarcir perjuicios PATRIMONIALES-lucro cesante, EXTRA PATRIMONIALES, MORALES, bienes constitucionales, O DE NINGUN TIPO por falta de nexo causal, ni culpa de mi prohijado. Aunado a que los patrimoniales, no está probado que esa sea la cuantía, los llamados morales, hay que tener en cuenta también los grados de consanguinidad y son exorbitantes, y los llamados constitucionales son inexistentes, y no están acreditados. Además, que, si se trata de los derivados de la falta de oportunidad, son por un daño autónomo, y suma única.

Por no existir responsabilidad civil de mi representada, me opongo por lo tanto a la prosperidad de las pretensiones de la PRIMERA a la QUINTA del libelo

EXCEPCIONES DE MERITO

PRIMERA: INEXISTENCIA DE FACTOR DE ATRIBUCIÓN: "FALTA DE CULPA DE LA DEMANDADA"

Las obligaciones médicas son de medio y no de resultado.

Es un hecho probado, que no existió negligencia en el acto médico, sino que se cumplió fidedignamente con la lex del artis; se atendió debidamente al paciente, con diligencia y cuidado, y los recursos con que contaba la IPS se pusieron a su disposición tanto humanos, físicos y tecnológicos.

No le acate ninguna culpa en ninguna de sus modalidades, ni al personal al servicio de mi poderdante, ni a esta última.

No tiene fundamento los hechos, ni las pretensiones en la que estas se fundan, no existe conducta culposa, no existe impericia en ninguno de los procedimientos practicados dentro de la atención brindada por el personal médico y auxiliares que tuvieron en sus manos el manejo y el cuidado del paciente FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO fue acorde y oportuno. Por lo tanto no se puede pretender una indemnización por un perjuicio cuando este no se generó en el acto médico en lo que respecta a la atención prestada por la Clínica Santa Ana, por el contrario el mismo corresponde a una evolución tórpida del paciente, como se nota al revisar la historia clínica (donde se registra todas las actuaciones médicas) se prueba sin lugar a dudas que el personal siempre estuvo comprometido con brindar la atención que el paciente requería para su patología, teniendo en cuenta, la sintomatología aplicable, y el criterio médico, tal como reza la Lex artis ad hoc.

Por lo tanto, afirmar que el actuar fue deficiente, negligente o que la atención médica o la asistencia brindada por mi representada no fue la adecuada, es una afirmación sin soporte probatorio.

Por lo tanto, no existen fundamentos, ni razones de hecho o de derecho que así lo establezca; FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO recibió un servicio médico adecuado, y conforme al cuadro clínico que presento el paciente. Si nos remitimos a la historia clínica, fue valorado inicialmente por persona de servicios de urgencias, dentro de la Clínica Santa Ana, en las oportunidades que solicito el servicio, y posteriormente ante una evolución tórpida de su patología de base, se indica consulta prioritaria por oftalmología, se brindó sin lugar a dudas el servicio en oportunidad y de acuerdo a lo requerido, siendo un hecho probado el acertado actuar del personal médico y paramédico adscrito a la IPS, en que no se incurrió en ninguna culpa, ni error de conducta. Ahora, una vez según criterio medico requirió servicio especializado se consignó tal apreciación en la historia clínica por el profesional que lo valoro, y el usuario fue visto por tal especialidad por cuenta de su EPS, de acuerdo con lo ordenado por el profesional de oftalmología Dr. Carlos I. Peñaranda. En la que, de acuerdo a la literatura médica, la infección micotica presentada es difícil de tratar, así se haga todo lo necesario, en la que en este caso el enfermo, no responde a tratamiento instaurado, y en la que ese tipo de patógenos tienen una severidad alta, con un resultado adverso.

Dentro de un sistema de la culpa probada, es a la parte demandante a quien le corresponda probar la culpa del demandado; culpa que no existió por parte de los médicos, ni paramédicos que atendieron al paciente, ni de la IPS hacia FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO los que prestaron asistencia, y su servicio médico de acuerdo con la sintomatología presentada, y no habiendo negligencia en ninguna forma, así que se cumplió con la Lex artis, el reflejo de lo dicho está consignado en la HC. que demuestra el grado de compromiso en la atención brindada y los exámenes practicados a tiempo. En síntesis, haciendo un breve pero no menos importante recuento, el médico que atendió al usuario, Dr. Harold Manuel Charris, hace una descripción correcta de la lesión en ojo derecho, procede a extraer cuerpo extraño, lo cual es idóneo y tiene el conocimiento, y la pericia para hacerlo; no siendo necesario que se haga tal aspecto siempre por un oftalmólogo, aunado a que las gotas oftálmicas enviadas, y con los componentes de las mismas, Neomicina (antibiótico), Polimixina (antibiótico), Dexametasona(antiinflamatorio), es un tipo de gotas que se pueden ordenar como medida profiláctica para ese tipo de lesiones, al contrario el hecho que uno de los componentes-dexametasona, sea un corticoide, no es cierto, que no se use en tipo de casos, usualmente se dejan los mismos, como antiinflamatorios, ante el evento de la extracción de un cuerpo extraño, y en oftalmología prestan una gran utilidad, al igual que no hubo ningún efecto adverso.

En el que usualmente inclusive, de presentarse una infección lo es por regla general ante las úlceras de origen bacteriano; y que si se ve la descripción de la historia

clínica, no había signos de infección en el ojo derecho del paciente; siendo el diagnóstico y actuación médica la correcta, no siendo contraproducente el tratamiento ordenado, que seguía la línea del estándar de conducta médica para ese tipo inicial de lesión presentada, como tampoco hubo una extracción indebida del cuerpo extraño, ni ningún riesgo, ni complicación acaecido, habiendo actuado sin culpa el médico, quien obró bien, y que motivo la consulta el día 17 de julio de 2019. Ahora en valoración médica posterior ante reconsulta, la galeno que atendió al usuario, da orden para que se continúe manejo médico por oftalmología, en virtud en que describe una mayor lesión; lo que fue conducente, y atendido por otra IPS, dándose continuidad al servicio médico; pero infortunadamente el usuario presentó una infección por hongo (que no es una complicación por la extracción del cuerpo extraño), lo cual es agresivo cuando se da ello, y son pocas las alternativas para su tratamiento exitoso, y no es tal alta las tasas de éxito o de recuperación que se presentan en su totalidad, así se haga el mejor tratamiento posible, y puede desencadenarse la destrucción del ojo que fue lo que aquí aconteció; siendo el pronóstico malo en este tipo de infección; en la que todo ello es ajeno al actuar médico, sino es propio de la infección que presentó en la que esta es progresiva, por su propia naturaleza micótica. En la que es dable concluir, que el manejo de la clínica Santa Ana fue oportuno, se trataba en principio de una micro úlcera (lo que es causada es por el cuerpo extraño en el ojo), no tiene signos de infección el paciente, se hace extracción exitosa, se hace uso de la técnica, material e insumos adecuados, e igualmente ello podía ser manejado por médico general del servicio de urgencias, no habiendo ninguna indicación que contraindicara ese manejo, o que no pudiese manejarse en ese nivel atención, y sumado a que se formula como corresponde; no pudiendo establecerse que había enfermedad fúngica en ese manejo inicial, no había signos de ello, ni constaban los mismos. Ya ante reingreso se da indicación de oftalmología, lo que se hizo por cuenta de su asegurador en otra IPS, como ya se anotó.

Como se observará los hechos de la diligencia y cuidados de la Clínica, se puede deducir de la prueba documental, historia clínica, para lograr determinar sin lugar a duda que se cumplió con todo el manejo que se debía dar a la patología que presentaba el paciente, apegada a la *lex artis*. En síntesis, desde el momento que el paciente ingresa al servicio médico por urgencias el día 17 de julio del 2019 y su posterior reingreso el día 21 de julio del 2019 se da el manejo acorde a la sintomatología y patología, y ante una evolución tórpida del usuario, se ordena el manejo de especialista tal como se hizo, lo que corrió por cuenta de otra IPS; pero infortunadamente la propia patología de base causa el daño, y no un error de conducta del personal adscrito a la CLÍNICA SANTA ANA.

SEGUNDA: AUSENCIA DE CAUSALIDAD.

Uno de los elementos estructurantes de la responsabilidad civil, es la existencia del nexo causal o la relación necesaria que debe existir entre la conducta del presunto agente del daño, con culpa probada o presunta, o prescindiendo de ella (obligación medio- resultado, respectivamente), y el daño acontecido. La jurisprudencia colombiana apoya la tesis de la causalidad adecuada, siendo causa "aquella condición que según la experiencia ordinaria y el curso natural de las cosas resulten apropiadas para la producción de un determinado efecto, es decir, el daño". Y en cita de Jurisprudencia del Honorable Tribunal Superior de Medellín, sala civil, en el punto de la causa dice: "Y tratándose de la responsabilidad médica, la doctora Celia Weingarten, en su trabajo: "Responsabilidad Médica, Relación de Causalidad y Factores de Atribución", explica como en ámbito médico la relación causal debe ser establecido con arreglo a criterios científicos, porque sólo ésta puede verificar si un hecho "puede producir regular y normalmente y conforme al curso científico causal, un determinado resultado. Sólo la ciencia legitimará la comprobación de un curso causal que desde el antecedente lleve al consecuente".

"Si el obrar del médico se encuadra dentro de la discrecionalidad científico-terapéutica, ello impide considerar a su conducta como causante del daño".

Ahora bien con respecto a la afirmación de si la atención brindada a FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO fue incorrecta, negligente por haberse presentado una lamentable perdida consistente en la pérdida del ojo derecho, según su manifestación, que es el punto de discusión, la patología trae riesgos que son inherentes, y no se puede pensar en trasladar al cuerpo médico tal apreciación si no se obro con culpa.

La responsabilidad medica es uno de los campos donde se ofrecen mayor dificultades para la prueba del nexo causal, ello teniendo en cuenta que en lo que a la salud se refiere existe diversidad de etiologías que pueden producir afectación (falla orgánica, funcionales etc) la condición particular de cada persona, la cantidad de profesionales y de procedimientos que intervienen en el acto médico a lo que se le suma una patología de base que se conjuga con la intervención de los profesionales de la salud que hacen difícil sino imposible establecer la relación de causalidad ente el acto médico y el daño.

Sin embargo, tradicionalmente se ha exigido que la prueba del nexo causal corresponda al demandante que ha sufrido el daño, lo que supone exigirle al paciente la prueba de algo que conjuga el acto médico con la patología.

No se le puede imputar a la demandada, las consecuencias, máxime, cuando el procedimiento QUE FUE REALIZADO POR LA CLINICA SANTA ANA fue acorde, su patología siguió avanzando, se trató cabalmente, y fue ajeno el actuar médico de la IPS las consecuencias infortunadas que ocurrieron; no pudiendo cargar la

demandada CLINICA SANTA ANA S.A por unas consecuencias desastrosas que se desprenden de la perdida de el ojo derecho del señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, más aun encontrándose ya bajo el cuidado de médicos especialistas, y demás por lo tanto es ilógico pretender involucrar por estos hechos a mi poderdante por distintas razones las cuales no pueden ser imputables ni físicamente, ni jurídicamente al demandado.

Primeramente, se debe ubicar en el tiempo, el seguimiento, así que existió sin duda alguna atención veraz concomitante a su patología y a su tipo de evolución; y por demás estuvo bajo la atención clínica de varios médicos, luego de especialistas PENDIENTES DE SUS EVOLUCIONES, y colocando todo su saber y entender al servicio del paciente, tal como consta en la historia clínica de las demandadas.

Debe probarse que el daño-perdida del ojo derecho, es atribuible al accionar de la CLINICA SANTA ANA S.A. cosa que no se ha probado; Debe resaltarse que durante el tiempo que el paciente estuvo bajo el cuidado de la institución médica CLINICA SANTA ANA S.A. la atención fue diligente comprometida eficaz y acorde a la sintomatología que presentaba en ese momento.

Afirma con acierto Tanzi Silva :

"...[E]n cuanto a la responsabilidad profesional y la responsabilidad médica en particular, se plantea con claridad la pérdida de chance. La omisión de atención adecuada y diligente por parte del médico al paciente puede significar la disminución de posibilidades de sobrevivir y sanar. Resulta indudable que una situación de esa naturaleza configura una pérdida de chance, daño cierto y actual que requiere causalidad probada entre el hecho del profesional y un perjuicio que no es el daño integral sino la oportunidad de éxito remanente que tenía el paciente...."

Hay dos estadios que se deben tener en cuenta, los cuales son el juicio de imputación, referido a la atribución jurídica de un daño, a una o más personas que podrían tener el deber de reparar (Juan Carlos Henao). Y el nexo de causalidad entre ese daño y el hecho dañoso imputable.

En estado de cosas no está probado la imputación de un daño hacia la CLINICA SANTA ANA S.A., y que el hecho dañoso haya tenido su origen en un error inexcusable del personal médico a su cargo. A contrario sensu, si se encuentra acreditado en principio con prueba documental, de la actuación médica por la situación de salud presentada por el paciente FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO al momento de su atención por la parte demandada, la valoración realizada por cada uno de los médicos, su tratamiento, el actor pretende realizar un juicio de imputación, desconociendo y no teniendo en cuenta la realidad del caso.

Por lo que no hay posibilidad de imputar el daño final-perdido del ojo derecho, a mi prohijada, y fue el propio estado de salud del paciente que conllevó a su propia pérdida. O en tal caso no se encuentra acreditado ese nexo causal, bajo la óptica de la teoría de la causalidad adecuada, que es la que ha sido decantada jurisprudencialmente, y que no logra acreditarse satisfactoriamente, en grado preponderante que permita darla por establecida, no cumpliéndose con ese estándar probatorio. Seguidamente ante la inexistencia del nexo causal aludido; se podría pensar o analizar en lo propuesto por la parte demandante, si estamos o no ante una falta de oportunidad, y la incidencia en un daño, que como ya se ha esgrimido por nuestra parte no es la causa de la pérdida del ojo derecho ; ahora tal pérdida de oportunidad, que no es más sino la falta del chance médico, y es que el daño, ya no lo es la pérdida del ojo derecho, esto último que no es posible acreditarla a una acción u omisión de la parte demandada, sino lo que se quiere es imputar un daño autónomo, esto es la pérdida de OPORTUNIDAD O DEL CHANCE MEDICO, lo cual también ha venido siendo desarrollado desde hace lustros por nuestra jurisprudencia, especialmente la administrativa, sin desconocer la civil que también la reconoce; y es entendida como un daño de carácter autónomo, y por supuesto su indemnización es mucho menor al daño final, y solo es indemnizable esa falta de oportunidad, y no el daño final, no siendo indemnizable, ni perjuicios patrimoniales, ni extrapatrimoniales, sino los perjuicios se insiste derivados únicamente de esa falta de oportunidad, y haber quitado una posibilidad de cura, que realmente se desconoce se ello iba a hacer así, teniéndose un grado de aleatoriedad, en gracia de discusión de ese tipo de daño, se considera que no se cumplen con los presupuestos que han sido desarrollados por los jueces, ya que no es posible afirmarse o probarse que se quitó una expectativa cierta de cura, o el truncamiento de una expectativa legítima, o que había una certeza de una oportunidad; obsérvese que el riesgo de la patología de base es alto, como la falta de respuesta a tratamiento instaurado y pésimo pronóstico, por la mala evolución del paciente, que presento múltiples y graves complicaciones propias de las infecciones micóticas; y no es posible afirmar que estemos ante una falta del chance médico, o que existía una probabilidad, así sea mínima de la no pérdida del ojo derecho, en la que no hay una falla en la prestación del servicio médico imputable a mi representada; constituyéndose en este caso sub iudice en un daño hipotético o eventual.

TERCERA GENERICA O INNOMINADA.

En caso de encontrarse los hechos que dieran lugar a la declaratoria de aquella de oficio se sirva declararla probada.

PRUEBAS

Solicito a su despacho se decrete la práctica de las siguientes pruebas:

TESTIMONIALES:

Solicito el testimonio de la Dra. YULIE KATHERINE NAVAS SIERRA quien atendió al señor FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO el día 21 de julio del año 2019

Prueba testimonial que es pertinente, ya que dan cuenta de la atención dispensada al paciente, y los cuidados brindados, Desde el momento de inicio de la atención por urgencias, a fin de que rindan testimonio sobre su atención como médico tratante del paciente y demás que les consten. Solicito desde este momento que, de acuerdo con el CGP, se libren las boletas de citación al testigo a la dirección que figura en autos de la CLÍNICA SANTA ANA S.A.

INTERROGATORIOS

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte del demandado dr HAROL MANUEL CHARRIS NIGRO El cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte del demandante. FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO, El cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte de la señora DEYSI CAROLINA MURILLO El cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte de la señora, - ERMILDA DEL ROCIO OROZCO LAVERDE el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte de, JESUS ORLANDO PEÑA CAMARGO el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte del señor RAMON ORLANDO PEÑA OROZCO el Cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte de la señora KYARA YERALDY JULIO CORTES el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte del señor JESUS JAVIER PEÑA OROZCO el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte de la señora VIVIAN YANISE PEÑA OROZCO el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte de la señora ADRIANA STELLA PEÑA OROZCO el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte de la señora YENNY ALEJANDRA GALVIS PEÑA el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte de la señora SANDRA ROCIO PEÑA OROZCO, el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte del señor GUSTAVO SANCHEZ DURAN el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte del señor - YEFERSON DAVID LOPEZ OROZCO el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de parte del señor DARWIN ARTURO ARIZA TIRIA el cual aportare en sobre abierto o cerrado o realizare de forma personal en la fecha y hora que su despacho designe.

Que sean citados en la dirección que figura en autos.

DE LA CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

Solicito que se citado el perito que rindió la experticia presente por la parte actora, el Dr. Eduardo de la Hoz, a fin de ejercer el derecho de contradicción de tal prueba pericial, mediante el interrogatorio.

Se presentará un dictamen pericial a instancia de parte, y por ser insuficiente este término de traslado para la presentación de la experticia científica en medicina, y por su complejidad sobre el asunto objeto de debate, se solicita a la señora juez, un tiempo prudencial para su presentación de por lo menos 30 días.

DOCUMENTALES:

- Habilitación de la Clínica Santana.
- Copia de la historia clínica de la atención prestada en la CSA.

Pruebas documentales pertinentes y que tienen relación con los hechos de la demanda y las excepciones propuestas, así como la atención brindada al paciente y que se podía brindar.

ANEXOS

- Lo anunciado en el acápite de pruebas documentales.
- Poder para actuar.

NOTIFICACIONES

- El suscrito las recibirá en la dirección electrónica alfonsonorbertojimenez@hotmail.com o en la calle 14 número 6-44 centro
- Clínica Santa Ana en la dirección que figura en autos.

Del señor Juez

Atentamente

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a horizontal line extending to the right.

ALFONSO NORBERTO JIMENEZ RAMIREZ
C.C. 88 200 275
TP 87857 DEL C.S. de la J.

Señora
JUEZ SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CÚCUTA
Vía correo electrónico

Radicado: Verbal No. 54-001-3153-006-2021-00241-00
Demandante: FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO Y OTROS
Demandado: CLÍNICA SANTA ANA, CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA Y HAROLD M CHARRIS
Referencia: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA- DR. HAROLD MANUEL CHARRIS

DIANA LESLIE BLANCO ARENAS, abogada, mayor de edad, domiciliada y residente en Bucaramanga, titular de la cédula de ciudadanía No. 37.725.141 de Bucaramanga y de la Tarjeta Profesional No. 118.179 del C.S.J., actuando en calidad de apoderada judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** sociedad de economía mixta del orden nacional, sometida al régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio principal en Bogotá y sucursal en Cúcuta, conforme al poder otorgado por su representante legal, Dr JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, vecino de Bogotá, estando dentro del término legalmente establecido para ello, acudo ante la señora Juez, a fin de contestar el llamamiento en garantía formulado por el Dr. HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO, en los siguientes términos:

DE LA OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En el buzón para notificaciones judiciales de LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS se recibió el día 28 de junio de 2022 comunicación electrónica con fines de notificación de la admisión del llamamiento en garantía formulado por el Dr. HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO.

Conforme lo establece el art. 8 de la Ley 2213 de 2022, la notificación personal se entiende surtida transcurridos 2 días hábiles siguientes al envío del mensaje, razón por la cual mi mandante ha de entenderse notificada el día 1 de julio de 2022. Así las cosas, el término de 20 días para contestar el llamamiento en garantía finaliza el 1 de agosto, en consecuencia, esta contestación se presenta dentro de la oportunidad legal.

1. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A los hechos **PRIMERO** a **VIGÉSIMO OCTAVO**: a mi mandante no le consta los supuestos fácticos aducidos por la parte demandante, como quiera que no participó en los eventos relatados. Estaremos a lo que se pruebe en el curso del proceso.

2. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

La Previsora S.A Compañía de Seguros se opone a que en contra del demandado se profieran las declaraciones y condenas pretendidas en la demanda, como quiera que el actor no ha cumplido con la carga de

demostrar la presunta falla que aduce como generadora de responsabilidad civil.

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

Manifestamos al señor Juez que coadyuvamos las excepciones de mérito propuestas por el Doctor HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO y, adicionalmente invocamos las siguientes:

a. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL A CARGO DEL MÉDICO HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO

En materia médica para que pueda predicarse la existencia de una falla es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por la *lex artis*, así como que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, es decir, que no se prestó el servicio empleando todos los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

Para el presente asunto, conforme lo manifestado por el apoderado del médico Harold Manuel Charris en la contestación de la demanda, la conducta terapéutica asumida ante la lesión ocular que presentaba el paciente y que motivó la consulta por el servicio de urgencias, fue oportuna, pertinente y ajustada a los parámetros establecidos por la *lex artis*.

Así las cosas, resulta claro que las afecciones que manifiesta tener actualmente la paciente no son consecuencia de la atención médica, ni hubo la pretendida falla en el servicio.

b. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE LOS DEMANDADOS FRENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Sea lo primero recordar que las obligaciones de los médicos y las instituciones de salud son de medio, definida por la doctrina como aquella *“en la que el deudor se obliga a poner en obra su industria, su actividad, su talento, a prestar esfuerzos, suministrar cuidados, en vista de un resultado sin duda, pero sin garantizar su efectividad”*¹.

Por manera que, en la obligación de medios el deudor promete solamente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado esperado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor, por lo que la no obtención del resultado no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa.²

De acuerdo con lo anterior debemos precisar que, en tratándose de las obligaciones del médico y las instituciones de salud, la doctrina y la Jurisprudencia son unánimes en expresar que las mismas son de medios, toda vez que el compromiso que ellos adquieren no es el de curar al enfermo, sino de suministrarle los cuidados concienzudos y solícitos acordes con su ciencia.

¹Josserand, Louis. Derecho Civil, revisado y compilado por André Brun, Tomo IV, Teoría General de las Obligaciones, Buenos Aires, Ed. Casa Bosch, 1950.

²Serrano Escobar, Luís Guillermo, Nuevos Conceptos de Responsabilidad Médica, Bogotá, Ediciones Doctrina y Ley Ltda

Carrera 31 #51-74, of. 610. Ed. Torre Mardel – Bucaramanga / Cel: 3164829875 – (7) 6766511

dianablanca@dlblanco.com

En el presente caso, encontramos que el médico demandado obró bajo los criterios de pertinencia y oportunidad, en cumplimiento de los protocolos establecidos para el tratamiento del cuadro clínico que presentaba la paciente al momento de su atención.

De tal suerte que las causas del estado actual de salud del señor Fabian Eduardo Peña resultan ajenas al actuar médico.

c. GENÉRICA

Rogamos a la señora Juez se sirva declarar todo hecho que resulte probado en el curso del proceso, y que constituya causal eximente de responsabilidad del demandado, de conformidad con la estipulación contenida en el artículo 282 del C.G.P.

4. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Al hecho **1**: es cierto, precisando que los alcances y límites de los amparos contratados mediante la póliza No. 1010145 se encuentran limitados conforme a las condiciones generales y particulares que integran el contrato de seguro, además de las normas que regulan la materia.

Al hecho **2**: es cierto.

Al hecho **3**: es parcialmente cierto.

Es cierto que los hechos que motivan la demanda, la atención médica brindada por el médico Harold Manuel Charris en las instalaciones de la Clínica Santa Ana S.A ocurrieron dentro de la vigencia de la póliza.

Sin embargo, no es cierto que el "siniestro" entendido como la realización del riesgo asegurado, haya ocurrido dentro de la vigencia. Esto, teniendo en cuenta que el contrato se celebró en la modalidad temporal reclamación, por el cual se ampararon precisamente las reclamaciones que le sean formuladas al asegurado. Y, como en este caso la reclamación ocurrió el 18 de agosto de 2021³, para esta data ya había finalizado la vigencia del contrato plasmado en la póliza 1010145.

Al hecho **4**: no es un hecho, sino la pretensión del llamamiento en garantía frente a la cual nos pronunciaremos en el acápite respectivo.

5. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A la pretensión **1**: no nos oponemos, precisando que el contrato de seguro de responsabilidad civil instrumentado en la póliza No. 1010145 existió entre el 03/01/2018 y el 03/01/2021.

A la pretensión **2**: nos oponemos a su reconocimiento, como quiera que la póliza fue contratada en la modalidad *claims made* o reclamación conforme en lo pactado en las condiciones particulares así:

³ Realización de la audiencia de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad.
Carrera 31 #51-74, of. 610. Ed. Torre Mardel – Bucaramanga / Cel: 3164829875 – (7) 6766511
dianablanca@dlblanco.com

“Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.” (subraya fuera de texto)

En este caso, se tiene que aunque la atención médica se realizó dentro de la vigencia de la póliza, la reclamación se formuló cuando el seguro ya había expirado, de tal suerte que la presunta responsabilidad civil que motiva esta demanda no se encuentra amparada.

A la pretensión **3**: nos oponemos a su reconocimiento como consecuencia lógica de la oposición a la pretensión anterior.

A la pretensión **4**: nos oponemos a su reconocimiento como consecuencia lógica de la oposición a la pretensión anterior.

A la pretensión **5**: nos oponemos a su reconocimiento como consecuencia lógica de la oposición a la pretensión anterior.

6. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

EXCEPCIÓN PRINCIPAL

α. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA CON CARGO A LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1010145 EN VIRTUD DE LA MODALIDAD RECLAMACIÓN CONTRATADA

El contrato de seguro ha sido definido por la doctrina como aquel negocio jurídico en virtud del cual el tomador, actuando en nombre propio o por cuenta de un tercero, traslada los riesgos sobre los cuales tiene un interés al asegurador, quien los asume dentro de los límites y condiciones pactados, que se caracteriza según lo determinado por el artículo 1036 del C. de Co., por ser un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.

Así mismo, el seguro se rige por las reglas de los negocios jurídicos en general, contenidas en el código civil a partir del artículo 1602.

Lo anterior, traído al presente asunto nos lleva a señalar que el contrato que se instrumentó en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1010145 se constituye en ley para la asegurada – tomadora y la aseguradora, en la medida en que se trata de un negocio válidamente celebrado, que cumple con los requisitos de existencia contenidos en el C de Co.

Por manera que, las condiciones generales y particulares que integra la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1010145, en la que se define el amparo de responsabilidad civil profesional médica, constituye el marco dentro del cual gravitan las obligaciones a cargo de la aseguradora.

Siendo así, tenemos que conforme al condicionado referido LA PREVISORA S.A se obligó exclusivamente a: “(...) *Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, **siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido**.*”
(cursiva y negrilla fuera de texto)

Adicionalmente, en las condiciones particulares se pactó lo siguiente:

“MODALIDAD DE COBERTURA

La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.”

Se establecen, entonces, dos criterios para la configuración del riesgo asegurado -siniestro-:

1. que ocurra un acto médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, generador de responsabilidad civil, y,
2. que los mismos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

Aplicado lo anterior al caso que nos ocupa, encontramos que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No 1010145 traída al proceso estuvo vigente desde el 03 de enero de 2018 hasta 03 de enero de 2021. Entonces, aunque existía para el momento en que se ejecutó el acto o se prestó el servicio médico que se reputa dañoso, NO EXISTÍA al momento en que se formuló la reclamación al asegurado. (18/08/2021).

Por manera que, no puede pretenderse de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS indemnización alguna con cargo a la póliza antes mencionada.

Téngase en cuenta que esta modalidad de seguro fue analizada en sentencia SC10300-2017, del 18 de Julio de 2017, con ponencia del Magistrado AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO, en los siguientes términos:

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

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

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

Con antelación a esta última reforma, el artículo 1131 del Código de Comercio era claro en señalar que, en materia de seguro de responsabilidad, el siniestro se entendía ocurrido en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado, quedando cubierto por la póliza vigente para dicho momento.

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

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

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

En efecto, la adopción de las cláusulas «*claims made*» en nuestro ordenamiento, fue justificada de la siguiente manera en la «ponencia para segundo debate al proyecto de ley número 65 de 1995» surtido en el Senado de la República:

«6. Modernización de las normas para ciertas coberturas de riesgos.

Se propone una nueva norma en el artículo 4º con el propósito de actualizar la legislación colombiana y acoger las nuevas tendencias del mercado mundial de reaseguros para la cobertura de los seguros de manejo y de responsabilidad civil.

Este artículo posibilita que las compañías cubran en este tipo de ramos hechos ocurridos antes del contrato, que produzcan pérdidas que se descubran o reclamaciones que se formulen en la vigencia de la póliza. Igualmente, se permite precisar la cobertura de responsabilidad civil frente a reclamaciones tardías.

Con lo anterior, el sector asegurador colombiano podrá contar con un adecuado apoyo internacional de reaseguros para el otorgamiento de mejores coberturas a precios mucho más atractivos en favor de los asegurados, atendiendo necesidades sentidas en el país, tales como las coberturas en materia ambiental y de contaminación, en cuanto a la elaboración de productos defectuosos, en relación con actividades profesionales, etc.

Se contempla, por último, la posibilidad para que el gobierno nacional haga aplicable estas disposiciones a otros ramos que, de acuerdo con la evolución de los mercados, requieran este tratamiento específico». (Resaltado ajeno).

(...)

Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual.

Esta doble exigencia consagrada en la ley 389 de 1997 (siniestro y reclamación dentro del término específico), no admitida en el sistema tradicional de suceso dañoso imputable al asegurado, a que se refiere el precepto 1131 de la codificación mercantil, deberá agotarse en todos los casos para el nacimiento de la obligación resarcitoria del asegurador.

En efecto, en el esquema basado en la ocurrencia, el débito surge de la configuración del hecho dañoso en vigencia del contrato de seguro, sin consideración a que la reclamación se surta luego de la expiración del respectivo pacto.

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.”

Esta decisión fue citada por el Consejo de Estado- Sección Cuarta, en sentencia de 28 de noviembre de 2018, por la cual amparó el derecho fundamental al debido proceso que le asiste a LA PREVISORA S.A., concluyendo que:

“Entonces, resulta evidente que en el contrato de seguro suscrito entre el Hospital Universitario San José y La Previsora S.A el 2 de mayo de 2003, que estuvo vigente hasta el 1º de enero de 2004, se pactó la modalidad aseguradora regulada en el artículo 4º de la Ley 389 de 1997, en virtud de la cual el pago por parte de la aseguradora procede siempre y cuando se hubiese efectuado la reclamación respectiva dentro de la vigencia de la póliza.

De acuerdo con ello, para ordenar a La Previsora S.A el reembolso de la condena impuesta al Hospital Universitario San José, era necesario constatar que la reclamación correspondiente se hubiese efectuado en la vigencia de la póliza, esto es, antes del 1º de enero de 2004. Sin embargo, esto no fue acatado por parte de la autoridad judicial accionada, configurándose así el defecto sustantivo por desconocimiento del artículo 4º de la Ley 389 de 1997, como lo alegó la entidad actora.”

En virtud de lo anterior, solicitamos al señor Juez se sirva declarar la prosperidad de esta excepción.

EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

b. DEDUCIBLE

De conformidad con lo pactado en las pólizas de seguro por las cuales se vinculó a mi mandante al presente proceso, existe un deducible a cargo del asegurado equivalente al 10% del valor del siniestro, mínimo 2 SMMLV, el que será asumido según la siguiente definición contractual:

“6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

En cada siniestro amparado por la presente póliza, estará a cargo del asegurado el porcentaje y/o la suma que con carácter de deducible se establece en la carátula de la póliza.”

c. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD RESPECTO DE LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Del contenido literal de la póliza de seguro por la cual se ha solicitado la vinculación de mi representada al presente proceso, podemos extraer que se amparan perjuicios extrapatrimoniales limitados a 15% por evento y 30% por vigencia, como sublímites del valor asegurado total.

Por manera que, en razón a que las pretensiones se dirigen al reconocimiento y pago de perjuicios extrapatrimoniales, la condena máxima que eventualmente correspondería a mi representada lo será por el porcentaje establecido como sublímite y aplicando el deducible pactado.

d. GENÉRICA

Rogamos a la señora Juez se sirva declarar todo hecho que resulte probado en el curso del proceso, y que constituya causal eximente de responsabilidad de mi mandante, de conformidad con la estipulación contenida en el artículo 282 del C.G.P.

7. PRUEBAS

a. DOCUMENTALES

Solicito a la señora Juez tener como pruebas de esta contestación los documentos que fueron aportados con el llamamiento en garantía, así como los siguientes documentos:

- Póliza de Seguro de Responsabilidad civil No. 1010145.
- Condiciones generales para Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas – Proforma RCP-006-006

b. INTERROGATORIO DE PARTE

Ruego al señor Juez citar a la parte demandante para que conforme a lo dispuesto en el artículo 198 y ss del C.G.P, rinda interrogatorio que le practicaré en la audiencia respectiva.

8. NOTIFICACIONES

- LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, a través de su representante legal, en la Calle 14 No. 3 -73, oficina 205, Barrio la Playa, Cúcuta, e-mail: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co .
- La suscrita apoderada, en la secretaría del Despacho, en la carrera 31 #51-74 oficina 610, Edificio Torre Mardel de Bucaramanga, o en e-mail dianablanca@dlblanco.com. Tel. 3164829875.

9. ANEXOS

- Los documentos enunciados como prueba.

De la señora Juez, atentamente,

DIANA LESLIE BLANCO ARENAS
C.C. No. 37.725.141 de Bucaramanga
T.P. No. 118.179 de C.S.J.

PÓLIZA N°

1010145

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P.																														
DÍA	MES	AÑO	RENOVACION			1									NO																														
TOMADOR			2697447-HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO			CC			72.315.550																																				
DIRECCIÓN			CL 6AN 7AE 114 CEIBA II, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER			TELÉFONO			3004748057																																				
ASEGURADO			2697447-HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO			CC			72.315.550																																				
DIRECCIÓN			CL 6AN 7AE 114 CEIBA II, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER			TELÉFONO			3004748057																																				
EMITIDO EN			CUCUTA			CENTRO OPER			SUC.			EXPEDICIÓN			VIGENCIA			NÚMERO DE DÍAS																											
MONEDA			Pesos			DÍA			MES			AÑO			DÍA			MES			AÑO			A LAS																					
TIPO CAMBIO			1.00			604			6			4			1			2019			3			1			2019			00:00			3			1			2020			00:00			365
CARGAR A: CHARRIS NIGRO HAROLD MANUEL									FORMA DE PAGO						VALOR ASEGURADO TOTAL																														
									4.30 DÍAS						\$ 500,000,000.00																														

Riesgo: 1 -
IMSALUD - CLINICA SALLE, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
3	** PREDIOS	500,000,000.00	NO	0.00
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	500,000,000.00	SI	260,000.00
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 2.00 SMMLV NINGUNO				
5	*PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS D	500,000,000.00	NO	0.00
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	500,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		50,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		25,000,000.00		
8	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	150,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 2.00 SMMLV NINGUNO				
9	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		100,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		50,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO				

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social Documento Porcentaje Tipo Benef
AFECTADOS TERCEROS CC 001 100.000 % NO APLICA

RCP-004-6 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$*****260,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$*****49,400.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	\$*****309,400.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/FacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

08/07/2022 10:03:58

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010145 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE RENUEVA LA POLIZA ARRIBA INDICADA A SOLICITUD DEL TOMADOR.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS

TOMADOR

NOMBRE: HAROLD MANUEL CHARRIS NEGRO.
C.C. o NIT: 72.315.550.
DIRECCIÓN: CALLE 7AN # 114 CEIBA II.

ASEGURADO

NOMBRE: HAROLD MANUEL CHARRIS NEGRO.
C.C. o NIT: 72.315.550.
DIRECCIÓN: CALLE 7AN # 114 CEIBA II.

CLASE CLASE UNO (1) - SIN CIRUGIA

RIESGOS: IMSALUD
CLINICA SANTA ANA S.A.

ESPECIALIDAD MEDICO

VIGENCIA: Este seguro iniciará vigencia a partir de las 00:00 horas del día calendario siguiente a que se efectuó el descuento por nómina de la primera cuota del valor de la prima.

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES

Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP004VERSION006-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA

La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD

Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por La Previsora S.A. sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

LIMITE ASEGURADO \$ 500.000.000 por evento y por vigencia

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

* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1.RESPOSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

- a)Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
- b)Equipos de rayos x para terapéutica
- c)Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
- d)Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
- e)Equipos de generación de rayos laser

Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010145 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

f) Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.1. Perjuicios patrimoniales, incluye daños emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.2. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 15% por evento y 30% por vigencia. Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

1.3. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

1.4. Costos y gastos de defensa, Sublímite 10% por evento y 20% por vigencia, aplican las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.5. Costos de cauciones, Sublimitado a 10% por evento y por vigencia.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Perjuicios patrimoniales, incluye daños emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.2. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

2.3. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.4. Costos y gastos de defensa, Sublímite 10% por evento y 20% por vigencia, aplican las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.5. Costos de cauciones, Sublimitado a 10% por evento y por vigencia.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.

2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / HIV y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.

3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos

4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros

5. Enfermedades profesionales

6. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.

7. Daños genéticos a personas o animales.

8. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible

2. Costos y gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos

3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010145 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

OTRAS CONDICIONES:

1. **CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES:** Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.
2. **CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA:** Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.
3. **CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES:** Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinara si da lugar o no a la aceptación del nuevo riesgo u operación y al cobro de prima adicional.

RAD. 0002443 / 04-01-2019.*****

IDENTIFICACION DEL PAGO



PREVISORA
SEGUROS

POLIZA No. 1010145

CERTIFICADO No. 1

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo RESPONSABILIDAD CIVIL **Sucursal** CUCUTA

Valor Prima \$260,000.00 **Valor IVA** \$49,400.00 **Tomador** 2697447 - HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
04/02/2019	\$*****0.00	\$*****260,000.00	\$*****49,400.00				

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO: 4. 30 DIAS



PREVISORA
SEGUROS

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 309,400.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	04/02/2019	\$*****0.00	\$*****260,000.00	\$*****49,400.00					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1010145	RESPONSABILIDAD CIVIL	1	\$*500,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de CUCUTA a los 4 días del mes de ENERO de 2019

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑIA, para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1

PÓLIZA N°

1010145

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2
PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 23 MES 12 AÑO 2019			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 2			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO	
TOMADOR 2697447-HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO									CC 72.315.550			TELÉFONO 3004748057				
DIRECCIÓN CL 6AN 7AE 114 CEIBA II, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER																
ASEGURADO 2697447-HAROLD MANUEL CHARRIS NIGRO									CC 72.315.550			TELÉFONO 3004748057				
DIRECCIÓN CL 6AN 7AE 114 CEIBA II, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER																
EMITIDO EN CUCUTA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos					DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00			604	6	23	12	2019	3	1	2020	00:00	3	1	2021	00:00	366
CARGAR A: CHARRIS NIGRO HAROLD MANUEL									FORMA DE PAGO 4. 30 DÍAS			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 500,000,000.00				

 Riesgo: 1 -
 IMSALUD - CLINICA SALLE, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Categoría: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
3	** PREDIOS	500,000,000.00	NO	0.00
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	500,000,000.00	SI	327,600.00
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 2.00 SMMLV NINGUNO				
5	*PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS D	500,000,000.00	NO	0.00
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	500,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		50,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		25,000,000.00		
8	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	150,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 2.00 SMMLV NINGUNO				
9	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		100,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		50,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO				

BENEFICIARIOS

 Nombre/Razón Social Documento Porcentaje Tipo Benef
 AFECTADOS TERCEROS CC 001 100.000 % NO APLICA

RCP-004-6 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$*****327,600.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$*****62,244.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$*****389,844.00

 La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/FacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
 Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
 Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
 Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

27/07/2022 11:41:39

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010145 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

2

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE RENUEVA LA POLIZA ARRIBA INDICADA A SOLICITUD DEL TOMADOR.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS

TOMADOR

NOMBRE: HAROLD MANUEL CHARRIS NEGRO.
C.C. o NIT: 72.315.550.
DIRECCIÓN: CALLE 7AN # 114 CEIBA II.

ASEGURADO

NOMBRE: HAROLD MANUEL CHARRIS NEGRO.
C.C. o NIT: 72.315.550.
DIRECCIÓN: CALLE 7AN # 114 CEIBA II.

CLASE CLASE UNO (1) - SIN CIRUGIA

RIESGOS: IMSALUD
CLINICA SANTA ANA S.A.

ESPECIALIDAD MEDICO

VIGENCIA: Este seguro iniciará vigencia a partir de las 00:00 horas del día calendario siguiente a que se efectuó el descuento por nómina de la primera cuota del valor de la prima.

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES

Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP004VERSION006-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA

La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD

Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por La Previsora S.A. sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

LIMITE ASEGURADO \$ 500.000.000 por evento y por vigencia

* Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

- a)Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
- b)Equipos de rayos x para terapéutica
- c)Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
- d)Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
- e)Equipos de generación de rayos laser

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010145 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

2

f)Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.1.Perjuicios patrimoniales, incluye daños emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.2.Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 15% por evento y 30% por vigencia. Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

1.3.Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

1.4.Costos y gastos de defensa, Sublímite 10% por evento y 20% por vigencia, aplican las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.5.Costos de cauciones, Sub

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-004-006



CONDICIONES GENERALES

PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, DENOMINADA EN ADELANTE **PREVISORA** Y EL TOMADOR, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE EL TOMADOR HA HECHO EN LA SOLICITUD, HAN CONVENIDO EN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO, CONFORME LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE CONSIGNEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS.

TODOS Y CADA UNO DE LOS AMPAROS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE EXPIDEN BAJO LA MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADO "POR **RECLAMACIÓN**", CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTÍCULO 4º. DE LA LEY 389 DE 1997.

LOS TÉRMINOS Y/O PALABRAS QUE SE ENCUENTRAN EN NEGRILLA A LO LARGO DE LA PÓLIZA ESTÁN DEFINIDOS BIEN DENTRO DEL TEXTO QUE DESCRIBE CADA COBERTURA O EN LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES) DE ESTA PÓLIZA Y DEBEN SER ENTENDIDAS DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN.

LOS TÍTULOS Y SUBTÍTULOS QUE SE UTILIZAN A CONTINUACIÓN SON ESTRUCTIVAMENTE ENUNCIATIVOS Y POR LO TANTO DEBEN SER INTERPRETADOS DE ACUERDO AL TEXTO QUE LOS ACOMPAÑA.

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

1.1 AMPAROS BÁSICOS

1.1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- A. **PREVISORA** RECONOCERÁ A LOS **TERCEROS**, HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL **ASEGURADO** CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN EL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA DECLARADA EN LA SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO, POR **ACTOS MÉDICOS**, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES** EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

LA COBERTURA DE ESTE AMPARO COMPRENDE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL **ASEGURADO**, FUNDADA EN LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES LEGALMENTE HABILITADOS PARA EL EFECTO, INTERVINIENTES EN EL **ACTO MÉDICO**, BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL **ASEGURADO**, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES**, EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-004-006

- B. EN ESTE CASO **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL **ASEGURADO** CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

NO OBSTANTE, PREVIO ACUERDO SOBRE EL PARTICULAR, LA RESPONSABILIDAD PERSONAL DE LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES, EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL **ASEGURADO** PODRÁN SER INCLUIDOS EN LA COBERTURA, ACUERDO QUE GENERARÁ COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

- C. ASIMISMO **PREVISORA** SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL **ASEGURADO**, EN EL EVENTO EN QUE EL **RECLAMO** SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

1.1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

PREVISORA RECONOCERÁ A LOS **TERCEROS** POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES RESULTANTES DE **DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES**, POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL **ASEGURADO** QUE PROVENGAN DE UN HECHO DIFERENTE A UN **ACTO MÉDICO** OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES CON OCASIÓN DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL **ASEGURADO**, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES** EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

1.1.3 GASTOS Y COSTOS DE DEFENSA

1.1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

PREVISORA, CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL **ASEGURADO** FRENTE A **RECLAMACIONES** EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR **PREVISORA**.

1.1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

PARA LOS PROCESOS PENALES, LOS COSTOS Y GASTOS JUDICIALES INCURRIDOS, TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA CITACIÓN A AUDIENCIA DE FORMULACIÓN DE IMPUTACIÓN, LOS GASTOS SE PAGARÁN POR REEMBOLSO UNA VEZ PROFERIDA SENTENCIA DEFINITIVA O FALLO QUE FINALICE EL PROCESO, SIEMPRE Y CUANDO EL **ASEGURADO** HUBIERE SOLICITADO AUTORIZACIÓN PREVIA A **PREVISORA** PARA INCURRIR EN DICHOS GASTOS Y FUERE DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL FUESE SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN



RCP-004-006

EN LOS DEMÁS CASOS LOS GASTOS DE DEFENSA SE RECONOCERÁN AL MOMENTO DE SU APROBACIÓN POR **PREVISORA**, HASTA EL MONTO AUTORIZADO DE LOS MISMOS, APROBACIÓN QUE DEBERÁ SURTIRSE EN TODOS LOS CASOS DE FORMA PREVIA A LA FINALIZACIÓN DEL PROCESO.

1.1.3.3 OTROS COSTOS DE PROCESOS QUE PROMUEVA LA VÍCTIMA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE PREVISORA

PREVISORA RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL **TERCERO** DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL **ASEGURADO**, SALVO EN LO EXCLUIDO ESPECÍFICAMENTE EN EL PRESENTE TEXTO O CUANDO EL **ASEGURADO** AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE **PREVISORA**. EN EL CASO DE SER CONDENADO EL **ASEGURADO** A PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN A LA VÍCTIMA EN CANTIDAD SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA, LOS GASTOS Y COSTAS DEL PROCESO CORRERÁN POR **PREVISORA** ÚNICAMENTE EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA POR LA CONDENA EN FUNCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

1.1.4 COSTOS DE CAUCIONES

PREVISORA, RECONOCERÁ LOS GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL **ASEGURADO** PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O NECESARIAS PARA EJERCITAR DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

LA CONTRATACIÓN DE ESTA COBERTURA NO IMPLICA EN NINGÚN CASO LA OBLIGACIÓN PARA **PREVISORA** DE OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE.

EN TODOS LOS CASOS, LOS COSTOS DE CAUCIONES SÓLO SE RECONOCERÁN EN LA MEDIDA EN QUE DICHOS CONCEPTOS HUBIEREN SIDO PREVIA Y EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR **PREVISORA**. EL RECONOCIMIENTO DE DICHOS COSTOS SE REALIZARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LOS MISMOS.

1.1.5 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

PREVISORA RECONOCERÁ LOS **TERCEROS**, LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA **RECLAMACIÓN** AMPARADA POR ESTE SEGURO HASTA EL SUBLÍMITE ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES.

1.2 EXTENSIÓN DE COBERTURA: PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES

EL PERÍODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES** DARÁ EL DERECHO AL **ASEGURADO** A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS, CONTADOS DESDE EL VENCIMIENTO O TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA, LA COBERTURA PARA LAS **RECLAMACIONES** QUE SE FORMULEN POR PRIMERA VEZ CONTRA EL **ASEGURADO**, CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EXCLUSIVAMENTE POR **ACTOS MÉDICOS** OCURRIDOS DURANTE LA REFERIDA VIGENCIA O DURANTE EL PERÍODO DE RETRAOTIVIDAD QUE HUBIERE SIDO PACTADO.

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-004-006

EL PERÍODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES** NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL **ASEGURADO**, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DE **PREVISORA** 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 REGISTRAN PARA EL PERÍODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES**, ES DECIR, DICHA EXTENSIÓN DE COBERTURA NO ALTERARÁ LA SUMA ASEGURADA ACORDADA EN LA PÓLIZA NI EL ALCANCE, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS.

EL **ASEGURADO** ESTARÁ FACULTADO PARA CONTRATAR EL PERÍODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES** EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO, BIEN SEA POR SU DECISIÓN O POR LA DE **PREVISORA**, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ANEXAS A LA MISMA Y CON SUJECCIÓN A LOS DEMÁS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO EN CASO DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO, DEBIDO A FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

CUANDO EL SEGURO SEA REVOCADO O NO RENOVADO POR DECISIÓN DEL **ASEGURADO** EL PERÍODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES** DEBERÁ SOLICITARSE POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES ANTERIORES A LA FECHA DE TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA. EN EL EVENTO QUE EL CONTRATO SEA REVOCADO O NO RENOVADO POR DECISIÓN DE **PREVISORA**, ESTA EXTENSIÓN DEBERÁ SER SOLICITADA, POR EL **ASEGURADO**, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE AVISO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN.

CUMPLIDAS TODAS LAS CONDICIONES ANTERIORES CONTENIDAS EN ESTE NUMERAL, **PREVISORA**:

- A. NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ANEXO RESPECTIVO.
- B. NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- C. MANTENDRÁ VIGENTE EL ANEXO HASTA CUANDO SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO OTORGADO DE DOS (2) AÑOS, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO QUE EL **ASEGURADO** NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERÍODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES**, **PREVISORA** QUEDARÁ LIBERADA DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

IGUALMENTE, PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL **ASEGURADO** OPTARE POR LA NO EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA EL PERÍODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES**, DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, **PREVISORA** QUEDARÁ LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A **RECLAMACIONES** NO INICIADAS EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-004-006

LA PRIMA MÁXIMA APLICABLE PARA EL PERIODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES** SERÁ INDICADA AL **ASEGURADO** EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA AL MOMENTO DE CONTRATACIÓN INICIAL DEL PRESENTE AMPARO O EN CADA SUCESIVA RENOVACIÓN.

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EN EL CASO QUE **EL TOMADOR**, ESTANDO VIGENTE EL PERIODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES**, CONTRATASE OTRA PÓLIZA DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA, SEA CON **PREVISORA** O CUALQUIER OTRA ASEGURADORA, LA COBERTURA BRINDADA POR DICHO PERIODO EXTENDIDO DE **RECLAMACIONES** OPERARÁ SIEMPRE EN EXCESO DE DICHA OTRA PÓLIZA.

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, **RECLAMACIONES** Y/O INDEMNIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO, ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD NO DECLARADO EXPRESAMENTE EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

ESTA EXCLUSIÓN NO APLICARÁ CON RESPECTO A LABORATORIOS DE RAYOS-X, LABORATORIOS DE PATOLOGÍA O LABORATORIOS GENERALES CUANDO LA ESPECIALIDAD DEL **ASEGURADO** SEA RADIOLOGÍA, PATOLOGÍA O BIOQUÍMICA RESPECTIVAMENTE.

2. POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL **ASEGURADO**.
3. **ACTOS MÉDICOS** PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES, CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN DEL **ASEGURADO**
4. **ACTOS MÉDICOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL, AUTORIZADOS POR ESCRITO POR EL ASEGURADOR EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL **PACIENTE** A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
5. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.
6. **ACTOS MÉDICOS** QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL **PACIENTE**. DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.
7. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE **ACTO MÉDICO**.

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-004-006

8. DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
9. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
10. **ACTOS MÉDICOS** QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.
11. **ACTOS MÉDICOS** PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA.
12. FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.
13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES Y/O, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
14. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O MUERTE.
15. CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
16. LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL **ASEGURADO** A SUS **PACIENTES** DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL **ASEGURADO** SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU RIESGO DE CONTAGIO O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A **PACIENTES** EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-004-006

17. **RECLAMOS** POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL **ASEGURADO** O A SU REPRESENTANTE, POR EL **PACIENTE** Y/U OTRA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA A NOMBRE DEL **PACIENTE**, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO **PACIENTE** POR PARTE DEL **ASEGURADO**, EXCEPTO AQUELLOS CASOS ORIGINADOS POR UN **RECLAMO** DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
18. DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL **PACIENTE** SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
19. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL **PACIENTE**.
20. DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
21. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE **TERCEROS**, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
22. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTÁ FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS. POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL **ASEGURADO**.
23. PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
24. LOS **RECLAMOS** DERIVADOS DE **ACTOS MÉDICOS** COMETIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.
25. LOS **RECLAMOS** SOMETIDOS A LA JURISDICCIÓN DE CUALQUIER TRIBUNAL EXTRANJERO.
26. CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-004-006

27. POR **RECLAMACIONES** RELACIONADAS CON HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE RAZONABLEMENTE PUDIERAN DAR LUGAR A UN SINIESTRO BAJO ESTA PÓLIZA QUE HAYAN SIDO CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
28. POR **RECLAMACIONES** RELACIONADAS CON REQUERIMIENTOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DE CUALQUIER CLASE QUE HUBIERAN SIDO CONOCIDAS POR EL **ASEGURADO** ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
29. QUE EL **ASEGURADO** Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EL FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.
30. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE **PACIENTES** DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR
31. DERIVADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LA GESTIÓN, MANEJO MODIFICACIÓN, DESTRUCCIÓN, PÉRDIDA, VIOLACIÓN, FALTA DE PROTECCIÓN USO Y TRATAMIENTO DE CUALQUIER INFORMACIÓN O DATOS PERSONALES QUE ADQUIERA O TENGA EL **ASEGURADO** DE CLIENTES, EMPLEADOS Y/O DE CUALQUIER **TERCERO**, ASÍ COMO DE INFORMACIÓN CORPORATIVA Y LAS CONSECUENCIAS DE CADA UNA DE ELLAS
32. DERIVADA DE LA PÉRDIDA, MODIFICACIÓN, DESTRUCCIÓN DAÑO O REDUCCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO, HARDWARE, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN, MICROSHIP, CIRCUITO INTEGRADO, DISPOSITIVOS DE ALMACENAMIENTO DE DATOS TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS O UN DISPOSITIVO SIMILAR.
33. DERIVADA DE LOS PERJUICIOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE ACCIONES U OMISIONES INCURRIDAS POR LOS DIRECTORES Y/O ADMINISTRADORES DURANTE EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO TALES.
34. DERIVADA DE DAÑOS CAUSADOS A NAVES O AERONAVES Y LOS PERJUICIOS QUE DE ELLO SE DERIVEN.
35. QUE EL **ASEGURADO** HAYA CELEBRADO ACUERDOS, TRANSACCIONES O CONCILIACIONES CON **TERCEROS** O HAYA RECONOCIDO SU RESPONSABILIDAD SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN DE **PREVISORA**.
36. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS

RCP-004-006

37. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS

LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL **ASEGURADO** PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

- a. **ASEGURADO.** Es la persona habilitada legalmente como médico u odontólogo u otro profesional de la salud, únicamente en el ejercicio de la profesión asegurada, y únicamente cuando sea designado como tal en las condiciones Particulares de la póliza.
- b. **EVENTO:** Cualquier acción realizada por el **asegurado**, que sea cuestionada por un **tercero** en razón de que produzca **daños materiales** y/o **lesiones corporales** a dichos **terceros**, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.

Para efectos de este seguro se considerará como un solo y mismo **evento** la exposición repentina, continua o repetida a condiciones perjudiciales o dañinas a **terceros** que causen daños y/o lesiones imprevistos e inesperados, imputables al **asegurado**.

- c. **DAÑOS MATERIALES:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- d. **LESIONES CORPORALES:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- e. **FECHA DE RETROACTIVIDAD:** La fecha indicada en las condiciones particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el **asegurado** y el asegurador. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con **PREVISORA** no alterarán dicha fecha inicial, siempre que las renovaciones de la póliza se presenten sin solución de continuidad. En todo caso, la **fecha de retroactividad** puede ser modificada por acuerdo entre las partes a través de una condición particular.
- f. **PACIENTE:** Cualquier persona que reciba o haya recibido atención médica y/o odontológica.
- g. **RECLAMACIÓN:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un **tercero**, y recibida por el **asegurado**, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios, como consecuencia de los daños y/o perjuicios ocasionados por un **acto médico** y/o **evento**.

RCP-004-006

- h. **ACTO MÉDICO:** la actividad que realiza el profesional médico frente a su **paciente**, en la cual mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, ellos pueden ser preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación y paliativos.
- i. **TERCERO:** Cualquier sujeto diferente del **asegurado**. Sin embargo, para los efectos de este seguro, no se consideran como **terceros**:
 - a. El cónyuge, compañero/a permanente y los parientes del **asegurado** hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y/o primero civil;
 - b. Las personas en relación de dependencia laboral con el **asegurado**;
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes;
 - d. Las personas vinculadas con el **asegurado** por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.

En todo caso, se deja constancia que las personas mencionadas en los literales b), c) y d) serán considerados como **terceros** cuando, reciban servicio o atención medica como **pacientes** del **asegurado**.

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La Suma Asegurada indicada en las condiciones particulares representa la cifra máxima por la cual **PREVISORA** será responsable por todo concepto de indemnización, costas, gastos, intereses y honorarios, conforme a los Límites de Cobertura indicados en dicha condición particular y descritos a continuación, lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1128 de Código de comercio, en relación con los costos del proceso que el **tercero** damnificado o sus causahabientes promuevan en contra del **asegurado**:

- a. **Límite de Cobertura por Acto Médico y/o Evento:** **PREVISORA** será responsable por el pago de las indemnizaciones relacionadas con **reclamos** cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las condiciones Particulares como límite de cobertura por **acto médico y/o evento** amparado. Dicho límite comprende la responsabilidad máxima de **PREVISORA** por concepto de uno o más **reclamos** derivados de un solo **acto médico y/o evento**.
- b. **Pluralidad de Reclamos:** En caso que, de un mismo **acto médico y/o evento** resultaren varios **reclamos** de **terceros**, el límite de cobertura por **acto médico y/o evento** indicado en las condiciones Particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que **PREVISORA** reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los **reclamos** provenientes de un sólo **acto médico y/o evento**, sin perjuicio de:
 - El número de individuos y/o organizaciones aseguradas
 - El número de **reclamos** y/o demandas reportadas

RCP-004-006

- El número de personas y/u organizaciones presentando **reclamos** y/o demandas

- c. **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran **reclamos** de **terceros** a consecuencia de distintos **actos médicos** y/o **eventos**, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.

- d. **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de **PREVISORA**, será considerado como un solo **acto médico** y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectuaren una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

Corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares.

A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente, por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento del mismo, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo.

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

En cada siniestro amparado por la presente póliza, estará a cargo del **asegurado** el porcentaje y/o la suma que con carácter de **deducible** se establece en la carátula de la póliza.

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

De acuerdo con el artículo 1066 del Código de Comercio el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza.

La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

8 CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO O DE TENER CONOCIMIENTO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

- A. En caso de siniestro o de tener conocimiento de **reclamaciones**, el **asegurado**, está obligado a:
- Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las **reclamaciones** de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
 - Dar noticia a **PREVISORA** de cualquier **reclamación** judicial o extrajudicial formulada en su contra. La noticia deberá darse dentro de los (30) treinta días comunes siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer dicha situación y deberá incluir la siguiente información:
 1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió el **acto médico** y/o **evento**;
 2. Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al **reclamo**;
 3. La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
 4. Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del **paciente**;
 5. Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
 6. Nombre y domicilio de los intervinientes en el **acto médico**, además del **asegurado**.
- B. Si durante la vigencia de la póliza o del periodo extendido de reclamaciones, el asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un siniestro o a generar una reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal A) anterior.
- En caso que con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza efectivamente se formalice una **reclamación** derivada de los hechos o circunstancias que fueron notificados a **PREVISORA** en la forma establecida en este numeral, dicha **reclamación** se considerará presentada por primera vez en el mismo momento en que los hechos y circunstancias que la originaron fueron debidamente notificados o avisados a **PREVISORA** razón por la cual la cobertura procederá bajo la póliza que se encontraba vigente en ese momento.
- C. En caso de siniestro, el **asegurado**, deberá informar a **PREVISORA**, de los seguros coexistentes, con indicación de la aseguradora y de la suma asegurada.
- D. En caso de que el **tercero** damnificado exija directamente a **PREVISORA** indemnización por los daños ocasionados por el **asegurado**, deberá éste proporcionar todas las informaciones y pruebas pertinentes que **PREVISORA** solicite con relación a la ocurrencia del hecho y la cuantía que motiva la acción del **tercero** perjudicado.

El incumplimiento de cualquiera de las anteriores obligaciones por parte del **asegurado**, según fuere, legitimará a **PREVISORA**, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio, para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado.

RCP-004-006

En todo caso, el incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes, conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE LAS RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

PREVISORA tendrá derecho de encargarse y de dirigir, en nombre del **asegurado**, la defensa o negociaciones tendientes a conciliación o transacción de las **reclamaciones**, o a formular en nombre del **asegurado** y en su propio beneficio, demanda de reconvencción o llamamiento en garantía con el fin de obtener compensación de **terceros**.

PREVISORA no conciliará ni transará ninguna **reclamación**, ni podrá hacer acuerdos conciliatorios con **terceros**, sin el consentimiento del **asegurado**. En caso, que este último rehúse consentir un acuerdo conciliatorio que haya podido adelantar **PREVISORA** con los **terceros** o rechacen la oferta de **PREVISORA** en cuanto a conciliar o transar una **reclamación**, la responsabilidad de **PREVISORA** no excederá del importe de la conciliación o transacción propuesta, incluyendo los costos y gastos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo conciliatorio o la oferta por parte del **asegurado**.

No obstante lo anterior, el **asegurado** queda autorizado para realizar los gastos razonables que fueren necesarios para proteger evidencias o resguardar su posición frente a eventuales **reclamaciones**, si por las circunstancias en que se presenten los hechos no fuere posible obtener el consentimiento de **PREVISORA** de manera oportuna.

10 CLÁUSULA DÉCIMA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

La presente póliza no se renovará automáticamente. **PREVISORA** estudiará los términos y condiciones de la renovación al recibir solicitud en ese sentido. La solicitud deberá hacerse por escrito con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO

El presente seguro terminará por extinción del período por el cual se contrató, si no se efectuase la renovación correspondiente, por desaparición del riesgo, o agotamiento del límite **asegurado**, caso en el cual **PREVISORA** tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por **PREVISORA**, mediante noticia escrita al **asegurado**, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el tomador, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a **PREVISORA**.

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 seguros a corto plazo.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

PREVISORA pagará al **asegurado** o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio.

De conformidad con lo previsto por el artículo 1110 del Código de Comercio, **PREVISORA**, adicional a pagar la indemnización en dinero tiene el derecho, si lo estima conveniente, de reconstruir, reponer o reparar los bienes **asegurados** destruidos o dañados o cualquier parte de ellos.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

El **asegurado** o el beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

1. Cuando la **reclamación** presentada ante **PREVISORA** fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.
2. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes sobre los mismos intereses **asegurados**.
3. Cuando renuncien a sus derechos contra los **terceros** responsables del siniestro, sin el previo consentimiento escrito de **PREVISORA**.

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **PREVISORA**. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **PREVISORA**, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si, el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero **PREVISORA** sólo estará 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, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

RCP-004-006

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si **PREVISORA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el **asegurado** o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito **PREVISORA** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **asegurado** o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, **PREVISORA** podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del **asegurado** o del tomador dará derecho a **PREVISORA** para retener la prima no devengada.

Así mismo, el tomador o el **asegurado** podrán, durante la Vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto **PREVISORA**, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada segunda la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: SUBROGACIÓN

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1096 a 1099 del Código de Comercio en virtud del pago de la indemnización, **PREVISORA** se subroga, por ministerio de la ley y hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del **asegurado** contra las personas responsables del siniestro.

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- a. **PREVISORA** tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del **asegurado**, incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc., en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- b. De igual manera, **PREVISORA** tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del **paciente** y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.
- c. También, **PREVISORA** podrá examinar y auditar los libros y expedientes del **asegurado** en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un periodo de tres (3) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: CARÁCTER COMPLEMENTARIO DE LA COBERTURA Y COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de que el amparo otorgado por esta póliza concorra con el otorgado por otras pólizas que amparen el mismo riesgo, **PREVISORA** sólo sería responsable del pago de la indemnización en exceso del monto cubierto por los demás seguros contratados. En el evento de existir en dichas pólizas una cláusula en el sentido aquí expresado, se aplicarán las reglas referentes a la coexistencia de seguros, previstas en el artículo 1.092 del Código de Comercio, con arreglo a las cuales, los diversos aseguradores deberán soportar la indemnización en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el **asegurado** haya actuado de buena fe.

19 CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimientos del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: LÍMITES TERRITORIALES

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares, a menos que se defina de otra manera.

En caso que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, se entenderá que los límites territoriales corresponden únicamente a la República de Colombia.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio.

Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el tomador y/o **asegurado** y **PREVISORA** con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ya sea ante justicia ordinaria o la arbitral, en caso de que se pacte cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: CESIÓN

Esta póliza y cualquiera de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de **PREVISORA**.

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El tomador y/o **asegurado** se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por **PREVISORA** y, que resulta, de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador y/o **asegurado**, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a **PREVISORA**, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato.

Es requisito para la renovación del seguro que, el tomador y/o **asegurado** diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o **asegurado**, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la **reclamación**, conforme al formulario que **PREVISORA** suministrará para tal efecto.

26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL/ CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

PREVISORA incluirá los datos de carácter personal y todos los datos posteriores, que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en una base de datos por la que es y será responsable. La finalidad del tratamiento de dicha información será la prestación del contrato de seguro y el posible envío de información comercial y publicitaria sobre sus productos y servicios.

El tomador y/o **asegurado** autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude.

El tomador y/o **asegurado** podrán hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a **PREVISORA**, a la dirección que aparece en la presente póliza, de acuerdo con lo establecido en las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el tomador facilite a **PREVISORA** información relativa a **asegurados** o **terceros**, dicho suministro se hará bajo el entendido de que dichos **asegurados** y/o **terceros** han manifestado previamente su autorización al tomador para que sus datos personales le sean comunicados a **PREVISORA** con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

El tomador y/o **asegurado** autorizan a **PREVISORA** para que consulte, solicite, obtenga, transfiera, transmita, informe, conserve en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo del sector financiero, bursátil, asegurador, de la seguridad social, fiscal o industrial, nacional o internacional, toda la información, confidencial o no, obtenida o que le haya sido suministrada, o que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA MÉDICOS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-004-006

y bajo cualquier modalidad haya celebrado así como sobre novedades, referencias comerciales y bancarias, manejo de pólizas y demás servicios que surjan de sus relaciones comerciales con **PREVISORA** y con **terceros**.

Señora
JUEZ SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CÚCUTA
Vía correo electrónico

Radicado: Verbal No. 54-001-3153-006-2021-00241-00
Demandante: FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO Y OTROS
Demandado: CLÍNICA SANTA ANA, CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA Y HAROLD M CHARRIS
Referencia: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA- CLÍNICA PEÑARANDA

DIANA LESLIE BLANCO ARENAS, abogada, mayor de edad, domiciliada y residente en Bucaramanga, titular de la cédula de ciudadanía No. 37.725.141 de Bucaramanga y de la Tarjeta Profesional No. 118.179 del C.S.J., actuando en calidad de apoderada judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** conforme al poder que obra en el expediente, estando dentro del término legalmente establecido para ello, acudo ante la señora Juez, a fin de contestar el llamamiento en garantía formulado por la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA, en los siguientes términos:

DE LA OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A través de auto notificado en estados del 4 de agosto de 2022, se admitió el llamamiento en garantía formulado por la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, razón por la cual el término de 20 días para contestar el llamamiento en garantía finaliza el 2 de septiembre de 2022, en razón a que el 15 de agosto fue festivo. En consecuencia, esta contestación se presenta dentro de la oportunidad legal.

1. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A los hechos **PRIMERO** a **VIGÉSIMO OCTAVO**: a mi mandante no le consta los supuestos fácticos aducidos por la parte demandante, como quiera que no participó en los eventos relatados. Estaremos a lo que se pruebe en el curso del proceso.

2. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

La Previsora S.A. Compañía de Seguros se opone a que en contra del demandado se profieran las declaraciones y condenas pretendidas en la demanda, como quiera que el actor no ha cumplido con la carga de demostrar la presunta falla que aduce como generadora de responsabilidad civil.

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

Manifestamos al señor Juez que coadyuvamos las excepciones de mérito propuestas por la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA y, adicionalmente invocamos las siguientes:

a. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL A CARGO DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA

En materia médica para que pueda predicarse la existencia de una falla es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por la *lex artis*, así como que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, es decir, que no se prestó el servicio empleando todos los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

Para el presente asunto, conforme lo manifestado por el apoderado de la Clínica Oftalmológica Peñaranda en la contestación de la demanda, la conducta terapéutica asumida ante la lesión ocular que presentaba el paciente y que motivó la consulta ante la Clínica Oftalmológica Peñaranda, fue oportuna, pertinente y ajustada a los parámetros establecidos por la *lex artis*.

Así las cosas, resulta claro que las afecciones que manifiesta tener actualmente la paciente no son consecuencia de la atención médica, ni hubo la pretendida falla en el servicio.

b. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE LOS DEMANDADOS FRENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Sea lo primero recordar que las obligaciones de los médicos y las instituciones de salud son de medio, definida por la doctrina como aquella *“en la que el deudor se obliga a poner en obra su industria, su actividad, su talento, a prestar esfuerzos, suministrar cuidados, en vista de un resultado sin duda, pero sin garantizar su efectividad”*¹.

Por manera que, en la obligación de medios el deudor promete solamente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado esperado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor, por lo que la no obtención del resultado no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa.²

De acuerdo con lo anterior debemos precisar que, en tratándose de las obligaciones del médico y las instituciones de salud, la doctrina y la Jurisprudencia son unánimes en expresar que las mismas son de medios, toda vez que el compromiso que ellos adquieren no es el de curar al enfermo, sino de suministrarle los cuidados concienzudos y solícitos acordes con su ciencia.

En el presente caso, encontramos que el médico demandado obró bajo los criterios de pertinencia y oportunidad, en cumplimiento de los protocolos establecidos para el tratamiento del cuadro clínico que presentaba la paciente al momento de su atención.

De tal suerte que las causas del estado actual de salud del señor Fabian Eduardo Peña resultan ajenas al actuar médico.

c. GENÉRICA

¹Josserand, Louis. Derecho Civil, revisado y compilado por André Brun, Tomo IV, Teoría General de las Obligaciones, Buenos Aires, Ed. Casa Bosch, 1950.

²Serrano Escobar, Luís Guillermo, Nuevos Conceptos de Responsabilidad Médica, Bogotá, Ediciones Doctrina y Ley Ltda

Carrera 31 #51-74, of. 610. Ed. Torre Mardel – Bucaramanga / Cel: 3164829875 – (7) 6766511

dianablanca@dlblanco.com

Rogamos a la señora Juez se sirva declarar todo hecho que resulte probado en el curso del proceso, y que constituya causal eximente de responsabilidad del demandado, de conformidad con la estipulación contenida en el artículo 282 del C.G.P.

4. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Al hecho **1**: es cierto, precisando la transcripción es incompleta, dado que no se incluye el aparte del mismo párrafo que indica: "... o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza"

Así las cosas, el texto completo del objeto del contrato señalado en la póliza es:

"OBJETO DEL SEGURO Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza."

Al hecho **2**: es cierto.

Al hecho **3**: es cierto, precisando que dicho valor se encuentra sublimitado para frente a los perjuicios extrapatrimoniales en la suma equivalente al 40% del valor asegurado para la vigencia y 20% del valor asegurado por evento, además del límite que aplica en razón del deducible pactado en suma equivalente al 10% mínimo \$8.000.000.

Al hecho **4**: es cierto.

Al hecho **5**. Es cierto que, conforme a lo mencionado en la demanda y en la contestación que a la misma ha dado el asegurado, no se avizora alguna causal que se configure en exclusión, según lo estipulado en las condiciones generales y particulares que integran la póliza. Sin perjuicio de que esta afirmación sea revisada en el decurso probatorio del cual se conozca algún evento que se constituya en exclusión.

Al hecho **6**. Es cierto.

Al hecho **7**. Es cierto.

Al hecho **8**. Es cierto, sin embargo, se encuentra en el expediente que la reclamación fue formulada al asegurado el 18 de agosto de 2021, a través de la conciliación prejudicial adelantada como requisito de procedibilidad, fecha esta que corresponde a la primera reclamación.

5. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Mi mandante no se opone al llamamiento en garantía que le ha formulado la CLINICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA, precisando que no se puede condenar por objetos ni valores distintos a los contenidos en el contrato de seguro que se plasmó en la Póliza No 1004531, pago que no será a favor del demandante sino mediante reembolso al demandado, llamante en garantía, que a su vez sea condenado.

6. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

a. DEDUCIBLE

De conformidad con lo pactado en las pólizas de seguro por las cuales se vinculó a mi mandante al presente proceso, existe un deducible a cargo del asegurado equivalente al 10% del valor del siniestro, mínimo \$8.000.000, el que será asumido según la siguiente definición contractual:

“6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza.”

c. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD RESPECTO DE LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Del contenido literal de la póliza de seguro por la cual se ha solicitado la vinculación de mi representada al presente proceso, podemos extraer que se amparan perjuicios extrapatrimoniales limitados a 20% por evento y 40% por vigencia, como sublímites del valor asegurado total.

Por manera que, en razón a que las pretensiones se dirigen al reconocimiento y pago de perjuicios extrapatrimoniales, la condena máxima que eventualmente correspondería a mi representada lo será por el porcentaje establecido como sublímite y aplicando el deducible pactado.

d. GENÉRICA

Rogamos a la señora Juez se sirva declarar todo hecho que resulte probado en el curso del proceso, y que constituya causal eximente de responsabilidad de mi mandante, de conformidad con la estipulación contenida en el artículo 282 del C.G.P.

7. PRUEBAS

a. DOCUMENTALES

Solicito a la señora Juez tener como pruebas de esta contestación los documentos que fueron aportados con el llamamiento en garantía, así como los siguientes documentos:

- Condiciones generales para Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas – Proforma RCP-006-8
- Póliza de Seguro de Responsabilidad No. 1004531- certificado 48

8. NOTIFICACIONES

- LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, a través de su representante legal, en la Calle 14 No. 3 -73, oficina 205, Barrio la Playa, Cúcuta, e-mail: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co .

Carrera 31 #51-74, of. 610. Ed. Torre Mardel – Bucaramanga / Cel: 3164829875 – (7) 6766511
dianablanca@dlblanco.com

- La suscrita apoderada, en la secretaría del Despacho, en la carrera 31 #51-74 oficina 610, Edificio Torre Mardel de Bucaramanga, o en e-mail dianablanca@dlblanco.com. Tel. 3164829875.

9. ANEXOS

- Los documentos enunciados como prueba.

De la señora Juez, atentamente,

DIANA LESLIE BLANCO ARENAS
C.C. No. 37.725.141 de Bucaramanga
T.P. No. 118.179 de C.S.J.

PÓLIZA N°

1004531

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 25 MES 6 AÑO 2021			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 48			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO		
TOMADOR 2314753-CLÍNICA OFTALMOLOGICA PENARANDA SAS									NIT 807.002.152-8								
DIRECCIÓN CL 17 0 68 BR LA PLAYA, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER									TELÉFONO 5717442								
ASEGURADO 2314753-CLÍNICA OFTALMOLOGICA PENARANDA SAS									NIT 807.002.152-8								
DIRECCIÓN CL 17 0 68 BR LA PLAYA, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER									TELÉFONO 5717442								
EMITIDO EN CUCUTA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS			
MONEDA Pesos					DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS		
TIPO CAMBIO 1.00			604	6	25	6	2021	1	7	2021	00:00	1	7	2022	00:00	365	
CARGAR A: CLÍNICA OFTALMOLOGICA PENARANDA SAS									FORMA DE PAGO 19. CUOTA INICIAL SA			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 1,400,000,000.00					

Riesgo: 1 -
CALLE 16 NO. 0E-25, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	1,400,000,000.00	SI	63,000,000.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00 \$		NINGUNO	
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,400,000,000.00	NO	0.00
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	1,400,000,000.00	NO	0.00
3	** PREDIOS	1,400,000,000.00	NO	0.00
5	*PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS D	1,400,000,000.00	NO	0.00
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	1,400,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	140,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	70,000,000.00		
9	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	140,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	70,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 \$		NINGUNO	
8	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	560,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00 \$		NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOSDocumento
NIT 0100010Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-006-8 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$****63,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**11,970,000.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$**74,970,000.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

02/09/2022 14:23:39

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				1376	1	ROSASAY ASESORES DE SE		

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004531 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

48

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE RENUEVA LA POLIZA ARRIBA INDICADA SEGUN SOLICITUD DEL TOMADOR.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: NOMBRE: CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.
NIT: 807.002.152-8
DIRECCIÓN COMERCIAL: CL 16 0E 25 CAOBOS

ASEGURADOS NOMBRE: CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S.
NIT: 807.002.152-8
DIRECCIÓN COMERCIAL: CL 16 0E 25 CAOBOS

VIGENCIA: DOCE MESES, DESDE EL 01 DE JULIO DE 2021 HASTA EL 01 DE JULIO DE 2022

CIUDAD: CÚCUTA - NORTE DE SANTANDER

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-8

RETROACTIVIDAD: Desde el 28/02/2008

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$ 1.400.000.000 por evento y por vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: \$74.970.000. INCLUIDO IVA

RIESGOS: No. 1: CL 16 0E 25 CAOBOS
No. 2: Cl 17 No. 0-88 LA PLAYA

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$8.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
 2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
- Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004531 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

48

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 20% respecto del valor asegurado por evento y 40% respecto del valor asegurado por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.

2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.

5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la caratula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.

7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.

9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el Sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.

10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.
- Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

EXCLUSIONES

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004531 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

48

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen
3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que, por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. Amparo para nuevos predios y operaciones.
22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.
23. Exclusión de pandemia: En ningún caso habrá lugar a pago bajo los amparos de la presente póliza, ni estarán cubiertas las reclamaciones que se presenten contra un asegurado, cuando cualquiera de las responsabilidades cubiertas bajo la presente póliza tenga su causa, consista en, esté en conexión, tenga relación o sean consecuencia de:
 - o Reclamos, daños o pérdidas por interrupción de negocios (incluyendo pérdida de oportunidad y cualquier pérdida consecuencial), que surja directa o indirectamente de enfermedades infecciosas y/o contagiosas así como de las medidas adoptadas para controlar, prevenir, suprimir o de cualquier manera relacionada con cualquier brote de epidemias y/o pandemias y/o enfermedad a causa de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo pero no limitando a coronavirus (COVID-19), coronavirus 2 por síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo
 - o Reclamos relacionados con transmisión de enfermedad a causa de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo, pero no limitando a COVID-19 o SARS-CoV-2.
 - o Reclamos relacionados directa o indirectamente con la presencia de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo, pero no limitando a COVID-19 o SARS-CoV-2 en las instalaciones del asegurado.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004531 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

48

Para los efectos de esta exclusión, Enfermedad infecciosa y/o contagiosa significa: Una enfermedad que se transmite de una persona a otra por transmisión directa o indirecta de bacterias o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, como alimentos contaminados por el portador y consumido por la persona infectada".

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
 3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
5. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 6. Los sublímites y coberturas ofrecidos hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
 7. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
 8. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
 9. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

Rad.27391

IDENTIFICACION DEL PAGO



PREVISORA
SEGUROS

POLIZA No. 1004531

CERTIFICADO No. 48

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo
RESPONSABILIDAD CIVIL

Sucursal
CUCUTA

Valor Prima \$63,000,000.00
Valor IVA \$11,970,000.00
Tomador 2314753 - CLÍNICA OFTALMOLOGICA PENARANDA SAS

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
09/07/2021	\$*****0.00	\$**15,750,000.00	\$***2,992,500.00				
09/08/2021	\$*****0.00	\$**15,750,000.00	\$***2,992,500.00				
30/08/2021	\$*****0.00	\$**15,750,000.00	\$***2,992,500.00				
29/09/2021	\$*****0.00	\$**15,750,000.00	\$***2,992,500.00				

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO:

19. CUOTA INICIAL SALDO A 30,60 Y 90 DIA

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2



PREVISORA
SEGUROS

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y CLÍNICA OFTALMOLOGICA PENARANDA SAS

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 74,970,000.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	09/07/2021	\$*****0.00	\$**15,750,000.00	\$***2,992,500.00					
2	09/08/2021	\$*****0.00	\$**15,750,000.00	\$***2,992,500.00					
3	30/08/2021	\$*****0.00	\$**15,750,000.00	\$***2,992,500.00					
4	29/09/2021	\$*****0.00	\$**15,750,000.00	\$***2,992,500.00					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1004531	RESPONSABILIDAD CIVIL	48	\$1,400,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de CUCUTA a los 25 días del mes de JUNIO de 2021

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑIA, para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



CONDICIONES GENERALES

PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, DENOMINADA EN ADELANTE PREVISORA Y EL TOMADOR, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE EL TOMADOR HA HECHO EN LA SOLICITUD, HAN CONVENIDO EN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO, CONFORME LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE CONSIGNEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS Y/O ENDOSOS.

TODOS Y CADA UNO DE LOS AMPAROS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE EXPIDEN BAJO LA MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADO POR RECLAMACIÓN, CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTÍCULO 4º. DE LA LEY 389 DE 1997.

LOS TÉRMINOS Y/O PALABRAS QUE SE ENCUENTRAN EN NEGRILLA A LO LARGO DE LA PÓLIZA ESTÁN DEFINIDOS BIEN DENTRO DEL TEXTO QUE DESCRIBE CADA COBERTURA O EN LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES) DE ESTA PÓLIZA Y DEBEN SER ENTENDIDAS DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN.

LOS TÍTULOS Y SUBTÍTULOS QUE SE UTILIZAN A CONTINUACIÓN SON EstrictAMENTE ENUNCIATIVOS Y POR LO TANTO DEBEN SER INTERPRETADOS DE ACUERDO AL TEXTO QUE LOS ACOMPAÑA.

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO CONDICIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

- a) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE ESTE INCURRA, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

- b) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES, TODOS ELLOS LEGALMENTE HABILITADOS E INTERVINIENTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



EN ESTE CASO PREVISORA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

- c) ASIMISMO, PREVISORA SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS QUE HAYAN SIDO ATENDIDAS POR ESTE SERVICIO, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- a) PREVISORA RECONOCERÁ HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO DIFERENTE A UNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y QUE OCASIONE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES DE SALUD PROPIAS DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) IGUALMENTE, PREVISORA SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD DE SALUD DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, PAGARÁ LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR PREVISORA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

PARA LOS PROCESOS PENALES, LOS GASTOS Y COSTOS JUDICIALES INCURRIDOS, TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA CITACIÓN A AUDIENCIA DE FORMULACIÓN DE IMPUTACIÓN, Y SE PAGARÁN POR REEMBOLSO UNA VEZ SEA PROFERIDA SENTENCIA DEFINITIVA O FALLO QUE FINALICE EL PROCESO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO: (i) HUBIERE SOLICITADO AUTORIZACIÓN PREVIA A PREVISORA PARA INCURRIR EN DICHOS GASTOS Y ESTOS HAYAN SIDO AUTORIZADOS POR ESCRITO, Y (ii) FUERE DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL FUESE SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

EN LOS DEMÁS CASOS LOS GASTOS DE DEFENSA SE RECONOCERÁN Y PAGARÁN AL MOMENTO DE SU APROBACIÓN POR PREVISORA, HASTA EL MONTO AUTORIZADO DE LOS MISMOS, APROBACIÓN QUE DEBERÁ SURTIRSE EN TODOS LOS CASOS DE FORMA PREVIA A CUALQUIER ACUERDO QUE REALICE EL ASEGURADO CON SU ABOGADO.

1.3.3 OTROS COSTOS DE PROCESOS QUE PROMUEVA LA VÍCTIMA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE PREVISORA

PREVISORA RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN CONTRA DEL ASEGURADO, SALVO QUE LA RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PRESENTE PÓLIZA O PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO, O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE PREVISORA. EN EL CASO DE SER CONDENADO EL ASEGURADO A PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN A LA VÍCTIMA EN CANTIDAD SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA, LOS GASTOS Y COSTAS DEL PROCESO CORRERÁN POR PREVISORA ÚNICAMENTE EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA POR LA CONDENA EN FUNCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

PREVISORA RECONOCERÁ LOS GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCITAR DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



LA CONTRATACIÓN DE ESTA COBERTURA NO IMPLICA EN NINGÚN CASO LA OBLIGACIÓN PARA PREVISORA DE OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE.

EN TODOS LOS CASOS, LOS COSTOS DE CAUCIONES SÓLO SE RECONOCERÁN EN LA MEDIDA EN QUE DICHO CONCEPTOS HUBIEREN SIDO PREVIA Y EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR PREVISORA. EL RECONOCIMIENTO DE DICHO COSTOS SE REALIZARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LOS MISMOS.

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

LA RESPONSABILIDAD POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

EL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS CONTADOS DESDE EL VENCIMIENTO O TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN POR PRIMERA VEZ CONTRA EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO EL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD QUE HUBIERE SIDO EXPRESAMENTE PACTADO Y OTORGADO.

EL AMPARO DE EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DE PREVISORA DICHO RECLAMOS.

LOS LÍMITES DE COBERTURA CONTRATADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, SON LOS MISMOS QUE REGIRÁN PARA EL AMPARO DEL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, ES DECIR, DICHO AMPARO NO ALTERARÁ EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ACORDADO EN LA PÓLIZA, NI EL ALCANCE, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS.

EL ASEGURADO ESTARÁ FACULTADO PARA CONTRATAR ESTA COBERTURA EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO, BIEN SEA POR SU DECISIÓN O POR LA DE PREVISORA, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ANEXAS A LA MISMA Y CON SUJECCIÓN A LOS DEMÁS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO EN CASO DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO, DEBIDO A FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

ES CONDICIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO, QUE LA MISMA SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES ANTERIORES A LA FECHA DE TERMINACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE IGUAL FORMA, EN EL EVENTO QUE EL CONTRATO SEA REVOCADO O NO RENOVADO POR PREVISORA, ESTA EXTENSIÓN DEBERÁ SER SOLICITADA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE AVISO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



CUMPLIDAS TODAS LAS CONDICIONES ANTERIORES CONTENIDAS EN ESTE NUMERAL, PREVISORA:

- NO PODRÁ NEGARSE A OTORGAR EL AMPARO Y EMITIR EL ANEXO Y/O CERTIFICADO RESPECTIVO.
- NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- MANTENDRÁ VIGENTE EL AMPARO HASTA CUANDO SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO OTORGADO DE DOS (2) AÑOS, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL ANEXO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

A FIN DE CALCULAR LA PRIMA POR EL AMPARO PARA LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMACIONES, PREVISORA UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE SOLICITUD DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO.

IGUALMENTE, PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTARE POR LA NO CONTRATACIÓN DEL PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A RECLAMACIONES NO INICIADAS EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA; LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA, SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EN CASO DE QUE EL TOMADOR, ESTANDO VIGENTE EL PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, CONTRATASE OTRA PÓLIZA DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA, SEA CON PREVISORA O CUALQUIER OTRA ASEGURADORA, LA COBERTURA BRINDADA POR DICHO PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES OPERARÁ SIEMPRE EN EXCESO DE DICHA OTRA PÓLIZA.

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA RECLAMACIONES Y/O INDEMNIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LOS DIRECTORES Y/O ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
3. EN NINGÚN CASO HABRÁ LUGAR A PAGO BAJO LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA, NI ESTARÁN CUBIERTAS LAS RECLAMACIONES QUE SE PRESENTEN CONTRA UN ASEGURADO, CUANDO CUALQUIERA DE LAS RESPONSABILIDADES CUBIERTAS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA TENGA SU CAUSA, CONSISTA EN, ESTÉ EN CONEXIÓN, TENGA RELACIÓN O SEAN CONSECUENCIA DE:
 - RECLAMOS, DAÑOS O PÉRDIDAS POR INTERRUPCIÓN DE NEGOCIOS (INCLUYENDO PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD Y CUALQUIER PÉRDIDA CONSECUENCIAL), QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y/O CONTAGIOSAS ASÍ COMO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE CUALQUIER MANERA RELACIONADA CON CUALQUIER BROTE DE EPIDEMIAS Y/O PANDEMIAS Y/O ENFERMEDAD A CAUSA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CORONAVIRUS (COVID-19), CORONAVIRUS 2 POR SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV-2), O CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DEL MISMO.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



- RECLAMOS RELACIONADOS CON TRASMISIÓN DE ENFERMEDAD A CAUSA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A COVID-19 O SARS-COV-2.

- RECLAMOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA PRESENCIA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A COVID-19 O SARS-COV-2 EN LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA EXCLUSIÓN, ENFERMEDAD INFECCIOSA Y/O CONTAGIOSA SIGNIFICA: UNA ENFERMEDAD QUE SE TRANSMITE DE UNA PERSONA A OTRA POR TRANSMISIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE BACTERIAS O VIRUS ENTRE EL PORTADOR Y LA PERSONA INFECTADA, O A TRAVÉS DE UN VECTOR, COMO ALIMENTOS CONTAMINADOS POR EL PORTADOR Y CONSUMIDO POR LA PERSONA INFECTADA”.

4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTE EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
6. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
7. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
8. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE. DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
9. DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
10. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



11. TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
12. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
13. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
14. FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS.
15. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, Y/O CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
16. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
17. CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
18. CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
19. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
20. RECLAMOS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN



RCP-006-008

21. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
22. DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
23. DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA, CONTROL O TENENCIA DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
24. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
25. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
26. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO O VINCULADOS A TRAVÉS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS U OTRA MODALIDAD.
27. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
28. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
29. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
30. EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
31. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
32. HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
33. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
34. DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



35. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
36. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
37. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
38. CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
39. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDA FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
40. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
41. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
42. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
43. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
44. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.
45. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

- a) **Asegurado:** Es el establecimiento médico asistencial que presta el servicio médico de salud, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza. Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.
- b) **Beneficiario:** Persona natural que tiene derecho a recibir la indemnización, en su calidad de paciente y/o esté legalmente legitimado para reclamar un perjuicio, derivado del daño ocasionado al paciente.
- c) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.
- d) **Servicios Profesionales en la atención de la Salud de los pacientes:** Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. Dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.
- e) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- f) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- g) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses moratorios, las costas, gastos y honorarios incurridos por el ASEGURADO para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza.
- h) **Fecha de Retroactividad:** Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Eventos, esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y PREVISORA, en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.
- i) **Indemnización:** Pago efectuado según lo estipulado en la póliza de seguro, por concepto de daños y/o perjuicios amparados por la presente póliza, la cual no puede superar el importe del límite de valor asegurado (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- j) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios de salud y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos, diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- k) **Reclamo:** Cualquier acción judicial o extrajudicial, realizada contra el asegurado o su Asegurador, efectuado por primera vez durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad otorgado, como consecuencia de un perjuicio causado por éste, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por una prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o evento.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



Todas las Reclamaciones derivadas de la misma prestación del servicio de salud o Evento efectuadas a una o varias personas, se considerarán como una sola Reclamación, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las Reclamaciones haya sido presentada.

Así mismo, la serie de prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Evento que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia o situación se considerarán una sola Reclamación, sin importar el número de reclamantes y/o Reclamaciones formuladas, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad.

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad, asumido por PREVISORA al producirse el evento amparado, será el que se encuentra estipulado en la carátula de la presente póliza.

Si se presentaren varias reclamaciones contra el asegurado durante la vigencia de la póliza, la responsabilidad máxima de PREVISORA, por ningún motivo podrá exceder, los límites globales indicados en la carátula de la presente póliza.

Cuando en una cláusula o amparo adicional se estipule un sublímite por persona o por evento o por vigencia, tal sublímite será el límite máximo de indemnización que le aplique a dicha cobertura, la cual hará parte del límite asegurado global de la póliza.

Este límite asegurado se reducirá en igual cantidad del monto indemnizado y no habrá restablecimiento automático del valor asegurado.

Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos a consecuencia de distintos servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o eventos, PREVISORA responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem Límite Agregado Anual de Cobertura de las Condiciones Particulares el cual comprende los valores indicados de manera individual para cada cobertura.

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

Corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales.

A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente, por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento del mismo, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo.

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza.

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

De acuerdo con el artículo 1066 del C. de Co. el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza.

La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

8 CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO O DE TENER CONOCIMIENTO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

- A. En caso de Siniestro o de tener conocimiento de Reclamaciones, el Asegurado, está obligado a:
- Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las Reclamaciones de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
 - Dar noticia a PREVISORA de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial formulada en su contra. La noticia deberá darse dentro de los (3) tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer dicha situación y deberá incluir la siguiente información:
 1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la prestación de servicios profesionales de atención en la salud a los pacientes;
 2. Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
 3. La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
 4. Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
 5. Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
 6. Nombre y domicilio de los intervinientes en la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes además del Asegurado.
 - No asumir ninguna responsabilidad ni conciliar o transigir ninguna Reclamación, ni incurrir en ningún costo o gasto de los que estarían cubiertos por esta póliza sin el consentimiento escrito de PREVISORA.
- B. Si durante la vigencia de la póliza o del Periodo Extendido para Reclamaciones, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un Siniestro o a generar una Reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal anterior.

En caso que con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza efectivamente se formalice una Reclamación derivada de los hechos o circunstancias que fueron notificados a PREVISORA en la forma establecida en este numeral, dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en el mismo momento en que los hechos y circunstancias que la originaron fueron debidamente notificados o avisados a LA PREVISORA razón por la cual la cobertura procederá bajo la póliza que se encontraba vigente en ese momento.

- C. En caso de Siniestro, el Asegurado, deberá informar a PREVISORA, de los seguros coexistentes, con indicación de la aseguradora y de la suma asegurada de los mismos.

En todo caso, el incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes, conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

- D. En caso de que el Tercero damnificado y/o beneficiario exija directamente a PREVISORA indemnización por los daños ocasionados por el Asegurado, deberá éste proporcionar todas las informaciones y pruebas pertinentes que PREVISORA solicite con relación a la ocurrencia del hecho y la cuantía que motiva la acción del Tercero perjudicado.

El incumplimiento de cualquiera de las anteriores obligaciones por parte del Asegurado, según fuere, legitimará a Previsora, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio, para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado.

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

PREVISORA tendrá derecho de encargarse y de dirigir, en nombre del Asegurado, la defensa o negociaciones tendientes a conciliación o transacción de las Reclamaciones, o a formular en nombre del Asegurado y en su propio beneficio, demanda de reconvención o llamamiento en garantía con el fin de obtener compensación de terceros.

PREVISORA no conciliará ni transará ninguna Reclamación, ni podrá hacer acuerdos conciliatorios con Terceros, sin el consentimiento del Asegurado. En caso, que este último rehúse consentir un acuerdo conciliatorio que haya podido adelantar Previsora con los Terceros o rechacen la oferta de PREVISORA en cuanto a conciliar o transar una Reclamación, la responsabilidad de PREVISORA no excederá del importe de la conciliación o transacción propuesta, incluyendo los costos y gastos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo conciliatorio o la oferta por parte del Asegurado.

No obstante, lo anterior, el Asegurado queda autorizado para incurrir en los gastos razonables que fueren necesarios para proteger evidencias o resguardar su posición frente a eventuales Reclamaciones, si por las circunstancias en que se presenten los hechos no fuere posible obtener el consentimiento de PREVISORA de manera oportuna.

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

1. Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
2. Inspeccionar, examinar, clasificar, evaluar y trasladar de común acuerdo con el asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
3. 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.
4. Tomar las medidas que considere convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del asegurado.
5. Beneficiarse 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.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

La presente póliza no se renovará automáticamente. PREVISORA estudiará los términos y condiciones de la renovación al recibir solicitud en ese sentido. La solicitud deberá hacerse por escrito con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

El presente seguro terminará por extinción del período por el cual se contrató, si no se efectuase la renovación correspondiente, por desaparición del riesgo, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual PREVISORA tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por Previsora, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el Tomador, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a Previsora.

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 seguros a corto plazo.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

PREVISORA pagará al asegurado o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio.

De conformidad con lo previsto por el artículo 1110 del Código de Comercio, PREVISORA, adicional a pagar la indemnización en dinero tiene el derecho, si lo estima conveniente, de reconstruir, reponer o reparar los bienes asegurados destruidos o dañados o cualquier parte de ellos.

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

El Asegurado o el Beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

1. Cuando la reclamación presentada ante Previsora fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.
2. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes sobre los mismos intereses asegurados.
3. Cuando renuncien a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro, sin el previo consentimiento escrito de Previsora.

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Previsora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Previsora, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si, el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero Previsora sólo estará 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, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si Previsora, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el asegurado o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a Previsora los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, Previsora podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a Previsora para retener la prima no devengada.

Así mismo, el Tomadora o el Asegurado podrán, durante la Vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto PREVISORA, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada segunda la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1096 a 1099 del Código de Comercio en virtud del pago de la indemnización, PREVISORA se subroga, por ministerio de la ley y hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del Siniestro.

El Asegurado, a petición de PREVISORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsables de los perjuicios que le acarree a PREVISORA su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación.

PREVISORA podrá repetir contra el Asegurado el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción por el perjudicado o sus derechohabientes, cuando se descubra que el daño o perjuicio causado al Tercero se debió a conductas dolosas del Asegurado.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- a) PREVISORA tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado, incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc., en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- b) De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico -legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

También, PREVISORA podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de tres (3) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

19 CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CARÁCTER COMPLEMENTARIO DE LA COBERTURA Y COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de que el amparo otorgado por esta póliza concorra con el otorgado por otras pólizas que amparen el mismo riesgo, PREVISORA sólo sería responsable del pago de la indemnización en exceso del monto cubierto por los demás seguros contratados. En el evento de existir en dichas pólizas una cláusula en el sentido aquí expresado, se aplicarán las reglas referentes a la coexistencia de seguros, previstas en el artículo 1.092 del Código de Comercio, con arreglo a las cuales, los diversos aseguradores deberán soportar la indemnización en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimientos del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares y/o especiales, a menos que se defina de otra manera.

En caso de que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales, se entenderá que los límites territoriales corresponden únicamente a la República de Colombia.

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-008



Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el tomador y/o asegurado y Previsora con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ya sea ante justicia ordinaria o la arbitral, en caso de que se pacte cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

Esta póliza y cualquiera de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de Previsora.

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El tomado y/o asegurado se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por Previsora y, que resulta, de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador y/o asegurado, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a Previsora, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato.

Es requisito para la renovación del seguro que, el tomadora y/o asegurado diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o asegurado, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que Previsora suministrará para tal efecto.

27 CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL/ CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

Previsora incluirá los datos de carácter personal y todos los datos posteriores, que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en una base de datos por la que es y será responsable. La finalidad del tratamiento de dicha información será la prestación del contrato de seguro y el posible envío de información comercial y publicitaria sobre sus productos y servicios.

El tomador y/o asegurado autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-008



El tomador y/o asegurado podrán hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a Previsora, a la dirección que aparece en la presente póliza, de acuerdo con lo establecido en las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el tomador facilite a Previsora información relativa a asegurados o terceros, dicho suministro se hará bajo el entendido de que dichos asegurados y/o terceros han manifestado previamente su autorización al tomador para que sus datos personales le sean comunicados a Previsora con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

El tomador y/o asegurado autorizan a Previsora para que consulte, solicite, obtenga, transfiera, transmita, informe, conserve en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo del sector financiero, bursátil, asegurador, de la seguridad social, fiscal o industrial, nacional o internacional, toda la información, confidencial o no, obtenida o que le haya sido suministrada, o que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad haya celebrado así como sobre novedades, referencias comerciales y bancarias, manejo de pólizas y demás servicios que surjan de sus relaciones comerciales con Previsora y con terceros.

Señora
JUEZ SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CÚCUTA
Vía correo electrónico

Radicado: Verbal No. 54-001-3153-006-2021-00241-00
Demandante: FABIAN EDUARDO PEÑA OROZCO Y OTROS
Demandado: CLÍNICA SANTA ANA, CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA Y HAROLD M CHARRIS
Referencia: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA- CLÍNICA SANTA ANA

DIANA LESLIE BLANCO ARENAS, abogada, mayor de edad, domiciliada y residente en Bucaramanga, titular de la cédula de ciudadanía No. 37.725.141 de Bucaramanga y de la Tarjeta Profesional No. 118.179 del C.S.J., actuando en calidad de apoderada judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** conforme al poder que obra en el expediente, estando dentro del término legalmente establecido para ello, acudo ante la señora Juez, a fin de contestar el llamamiento en garantía formulado por la CLÍNICA SANTA ANA, en los siguientes términos:

DE LA OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A través de auto notificado en estados del 15 de septiembre de 2022, se admitió el llamamiento en garantía formulado por la CLÍNICA SANTA ANA a LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, razón por la cual el término de 20 días para contestar el llamamiento en garantía finaliza el 13 de octubre de 2022. En consecuencia, esta contestación se presenta dentro de la oportunidad legal.

1. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A los hechos **PRIMERO** a **VIGÉSIMO OCTAVO**: a mi mandante no le consta los supuestos fácticos aducidos por la parte demandante, como quiera que no participó en los eventos relatados. Estaremos a lo que se pruebe en el curso del proceso.

2. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

La Previsora S.A Compañía de Seguros se opone a que en contra del demandado se profieran las declaraciones y condenas pretendidas en la demanda, como quiera que el actor no ha cumplido con la carga de demostrar la presunta falla que aduce como generadora de responsabilidad civil.

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

Manifestamos al señor Juez que coadyuvamos las excepciones de mérito propuestas por la CLÍNICA SANTA ANA y, adicionalmente invocamos las siguientes:

α. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL A CARGO DE LA CLÍNICA SANTA ANA

En materia médica para que pueda predicarse la existencia de una falla es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por la *lex artis*, así como que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, es decir, que no se prestó el servicio empleando todos los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

Para el presente asunto, conforme lo manifestado por el apoderado de la Clínica Santa Ana en la contestación de la demanda, la conducta terapéutica asumida ante la lesión ocular que presentaba el paciente y que motivó la atención en el servicio de urgencias de la IPS, fue oportuna, pertinente y ajustada a los parámetros establecidos por la *lex artis*.

Así las cosas, resulta claro que las afecciones que manifiesta tener actualmente la paciente no son consecuencia de la atención médica, ni hubo la pretendida falla en el servicio.

b. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE LOS DEMANDADOS FRENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Sea lo primero recordar que las obligaciones de los médicos y las instituciones de salud son de medio, definida por la doctrina como aquella *“en la que el deudor se obliga a poner en obra su industria, su actividad, su talento, a prestar esfuerzos, suministrar cuidados, en vista de un resultado sin duda, pero sin garantizar su efectividad”*¹.

Por manera que, en la obligación de medios el deudor promete solamente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado esperado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor, por lo que la no obtención del resultado no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa.²

De acuerdo con lo anterior debemos precisar que, en tratándose de las obligaciones del médico y las instituciones de salud, la doctrina y la Jurisprudencia son unánimes en expresar que las mismas son de medios, toda vez que el compromiso que ellos adquieren no es el de curar al enfermo, sino de suministrarle los cuidados concienzudos y solícitos acordes con su ciencia.

En el presente caso, encontramos que el médico demandado obró bajo los criterios de pertinencia y oportunidad, en cumplimiento de los protocolos establecidos para el tratamiento del cuadro clínico que presentaba la paciente al momento de su atención.

De tal suerte que las causas del estado actual de salud del señor Fabian Eduardo Peña resultan ajenas al actuar médico.

c. GENÉRICA

Rogamos a la señora Juez se sirva declarar todo hecho que resulte probado en el curso del proceso, y que constituya causal eximente de responsabilidad

¹Josserand, Louis. Derecho Civil, revisado y compilado por André Brun, Tomo IV, Teoría General de las Obligaciones, Buenos Aires, Ed. Casa Bosch, 1950.

²Serrano Escobar, Luís Guillermo, Nuevos Conceptos de Responsabilidad Médica, Bogotá, Ediciones Doctrina y Ley Ltda

Carrera 31 #51-74, of. 610. Ed. Torre Mardel – Bucaramanga / Cel: 3164829875 – (7) 6766511

dianablanca@dlblanco.com

del demandado, de conformidad con la estipulación contenida en el artículo 282 del C.G.P.

4. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Al hecho **1**: es cierto y se admite.

Al hecho **2**: es cierto y se admite.

Al hecho **3**: es cierto. En virtud de este señalamiento, debemos precisar que los límites del contrato de seguro mencionado se encuentran establecidos conforme a las condiciones particulares y generales que integran la póliza, particularmente en cuanto se refiere a la modalidad de seguro Claims made contratada, en virtud de la cual se ampara la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la póliza.

Para este caso tenemos que los hechos ocurrieron durante la vigencia, siendo reclamados al asegurado mediante la audiencia de conciliación prejudicial realizada el 18 de agosto de 2021, cuando estaba en curso la renovación contenida en el certificado 33, vigente entre el 12/07/2021 y 13/07/2022.

Al hecho **4**: es cierto.

Al hecho **5**: es cierto.

Al hecho **6**: es cierto.

Al hecho **7**: no es un hecho, sino la pretensión del llamamiento en garantía respecto de la cual nos pronunciaremos en el acápite correspondiente.

5. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Mi mandante no se opone al llamamiento en garantía que le ha formulado la CLÍNICA SANTA ANA S.A., precisando que ante una eventual condena en contra de la aseguradora, el pago a que haya lugar no lo será a favor del demandante, sino de la llamante en garantía que a su vez sea condenada, pues nos encontramos ante dos relaciones jurídicas distintas: una la existente entre el demandante y el demandado, otra la existente entre la CLÍNICA SANTA ANA S.A. y la compañía de seguros.

Así mismo, solicitamos a la señora Juez tener en cuenta que a la aseguradora no se le puede condenar por conceptos o valores distintos a los pactados en las condiciones generales y particulares que integran el contrato de seguro.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. 1003210 fue expedida bajo la modalidad claims made, o reclamación, por virtud de la cual el siniestro se configura con base en dos aspectos: 1. la ocurrencia de un hecho amparado y, 2. la reclamación o notificación al asegurado sobre los mismos, el presente caso se encuentra amparado conforme a los términos y condiciones contenidas en el certificado No. 33 que fue contratado para la vigencia 12/07/2021 a 13/07/2022, dado que la reclamación al asegurado se configuró el día 18 de agosto de 2021 fecha en que se realizó audiencia de conciliación prejudicial con la Clínica Santa Ana S.A.

6. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

a. DEDUCIBLE

De conformidad con lo pactado en las pólizas de seguro por las cuales se vinculó a mi mandante al presente proceso, existe un deducible a cargo del asegurado equivalente al 15% del valor del siniestro, mínimo \$40.000.000, el que será asumido según la siguiente definición contractual:

“6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza.”

c. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD RESPECTO DE LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Del contenido literal de la póliza de seguro por la cual se ha solicitado la vinculación de mi representada al presente proceso, podemos extraer que se amparan perjuicios extrapatrimoniales limitados a 30% por evento y 50% por vigencia, como sublímites del valor asegurado total.

Por manera que, en razón a que las pretensiones se dirigen al reconocimiento y pago de perjuicios extrapatrimoniales, la condena máxima que eventualmente correspondería a mi representada lo será por el porcentaje establecido como sublímite y aplicando el deducible pactado.

d. GENÉRICA

Rogamos a la señora Juez se sirva declarar todo hecho que resulte probado en el curso del proceso, y que constituya causal eximente de responsabilidad de mi mandante, de conformidad con la estipulación contenida en el artículo 282 del C.G.P.

7. PRUEBAS

a. DOCUMENTALES

Solicito a la señora Juez tener como pruebas de esta contestación los documentos que fueron aportados con el llamamiento en garantía, así como los siguientes documentos:

- Condiciones generales para Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas – Proforma RCP-006-7
- Póliza de Seguro de Responsabilidad No. 1003210- certificado 33

8. NOTIFICACIONES

- LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, a través de su representante legal, en la Calle 14 No. 3 -73, oficina 205, Barrio la Playa, Cúcuta, e-mail: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co .

Carrera 31 #51-74, of. 610. Ed. Torre Mardel – Bucaramanga / Cel: 3164829875 – (7) 6766511
dianablanca@dlblanco.com

- La suscrita apoderada, en la secretaría del Despacho, en la carrera 31 #51-74 oficina 610, Edificio Torre Mardel de Bucaramanga, o en e-mail dianablanca@dlblanco.com. Tel. 3164829875.

9. ANEXOS

- Los documentos enunciados como prueba.

De la señora Juez, atentamente,

DIANA LESLIE BLANCO ARENAS
C.C. No. 37.725.141 de Bucaramanga
T.P. No. 118.179 de C.S.J.

PÓLIZA N°

1003210

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 26 MES 7 AÑO 2021			CERTIFICADO DE PRORROGA			N° CERTIFICADO 33			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO				
TOMADOR 13305-CLINICA SANTA ANA S.A.						DIRECCIÓN AV 11E 8 41 BR COLSAG, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER						NIT 890.500.060-7			TELÉFONO 5828384				
ASEGURADO 13305-CLINICA SANTA ANA S.A.						DIRECCIÓN AV 11E 8 41 BR COLSAG, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER						NIT 890.500.060-7			TELÉFONO 5828384				
EMITIDO EN CUCUTA				CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN			VIGENCIA				NÚMERO DE DÍAS				
MONEDA Pesos								DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	A LAS	DÍA	MES	AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00				604		6		26	7	2021	12	7	2021	00:00	13	1	2022	00:00	185
CARGAR A: CLINICA SANTA ANA S.A.										FORMA DE PAGO 11. PAGO A 30,60 Y 9			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 1,500,000,000.00						

Riesgo: 1 - B. COLSAG
AVENIDA 11E NO. 8-41, CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,500,000,000.00	SI	199,571,917.00
Deducible: 15.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 40,000,000.00 \$ NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,500,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		150,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		75,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	750,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 15.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 40,000,000.00 \$ NINGUNO				
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		100,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		5,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 \$ NINGUNO				

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social Documento Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS NIT 0100010 100.000 % NO APLICA

RCP-006-7 - PÓLIZA DE SEGURO DE RC PROFESIONAL PARA INSTITUCIO

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***199,571,917.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**37,918,664.23
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	\$*237,490,581.23

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://ifactoraseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

31/08/2021 08:29:05

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				6306	1	LUZ MARINA PEREZ DE BA		

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1003210 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: PRORROGA

33

Por medio del presente certificado se prórroga la póliza arriba indicada, según solicitud del tomador.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR NOMBRE: CLINICA SANTA ANA S.A.
NIT: 890.500.060-7
DIRECCIÓN: AV 11E 8 41 BR COLSAG

ASEGURADOS NOMBRE: CLINICA SANTA ANA S.A.
NIT: 890.500.060-7
DIRECCIÓN: AV 11E 8 41 BR COLSAG

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: CÚCUTA - NORTE DE SANTANDER

VIGENCIA: DESDE EL 12 DE JULIO DE 2020 A LAS 00:00 HASTA EL 12 DE ENERO DE 2022 A LAS 24:00.

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-7

RETROACTIVIDAD: Desde el 12/07/2004

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$1.500.000.000 por evento y por vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: \$199.571.917 MAS IVA

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 15% del valor de la pérdida, mínimo \$40.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales:

- " Para procesos cuya pretensión no supere 50 smmlv gastos de defensa por evento de \$3.000.000
- " Para procesos cuya pretensión supere 51 smmlv gastos de defensa por evento de \$5.000.000
- " Sublímite por vigencia \$100.000.000

Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1003210 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: PRORROGA

33

2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 30% respecto del valor asegurado por evento y 50% respecto del valor asegurado por vigencia. Incluye perjuicio moral, perjuicios fisiológicos y daños a la vida de relación, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.Texto Continúa en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1003210 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: PRORROGA

33

b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de la presente póliza, su renovación o durante el periodo de extensión de denuncias.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
2. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
3. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
4. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
5. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
6. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
7. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
8. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
9. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
10. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
11. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
12. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
13. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
14. Prestación de servicios médicos domiciliarios
15. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
16. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
17. Renovación automática.
18. Restablecimiento de la suma asegurada
19. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.
20. Epidemias y/o pandemias: Sin perjuicio de cualquier otra disposición, esta póliza no cubre ninguna reclamación, pérdida, responsabilidad, costo o gasto de cualquier naturaleza que surja directa o indirectamente de, contribuya o resulte de epidemia y/o pandemia y/o la enfermedad por coronavirus (COVID-19), enfermedad respiratoria aguda grave síndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo. Esta exclusión también se aplica a cualquier reclamo, pérdida, costo o gasto de cualquier naturaleza que surja directa o indirectamente de, contribuido o resultante de: (i) cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) de; o (ii) cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de cualquier manera relacionada con cualquier brote de: epidemias y/o pandemias y/o enfermedad por coronavirus (COVID-19), coronavirus 2 por síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 10 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1003210 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: PRORROGA

33

3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 15 días y cobro de prima del 100% de la vigencia anual.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
5. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 6. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
 7. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
 8. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
 9. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

Rad.329439

IDENTIFICACION DEL PAGO



PREVISORA
SEGUROS

POLIZA No. 1003210

CERTIFICADO No. 33

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo
RESPONSABILIDAD CIVIL

Sucursal
CUCUTA

Valor Prima **Valor IVA** **Tomador**
\$199,571,917.00 \$37,918,664.23 13305 - CLINICA SANTA ANA S.A.

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
25/08/2021	\$*****0.00	**66,517,320.00	**12,638,291.00				
24/09/2021	\$*****0.00	**66,517,320.00	**12,638,291.00				
25/10/2021	\$*****0.00	**66,537,277.00	**12,642,082.23				

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO: 11. PAGO A 30,60 Y 90 DIAS



LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y CLINICA SANTA ANA S.A.

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 237,490,581.23, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	25/08/2021	\$*****0.00	**66,517,320.00	**12,638,291.00					
2	24/09/2021	\$*****0.00	**66,517,320.00	**12,638,291.00					
3	25/10/2021	\$*****0.00	**66,537,277.00	**12,642,082.23					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1003210	RESPONSABILIDAD CIVIL	33	\$1,500,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de CUCUTA a los 26 días del mes de JULIO de 2021

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑIA , para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



CONDICIONES GENERALES

PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, DENOMINADA EN ADELANTE PREVISORA Y EL TOMADOR, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE EL TOMADOR HA HECHO EN LA SOLICITUD, HAN CONVENIDO EN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO, CONFORME LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE CONSIGNEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS Y/O ENDOSOS.

TODOS Y CADA UNO DE LOS AMPAROS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE EXPIDEN BAJO LA MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADO POR RECLAMACIÓN, CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTÍCULO 4º. DE LA LEY 389 DE 1997.

LOS TÉRMINOS Y/O PALABRAS QUE SE ENCUENTRAN EN NEGRILLA A LO LARGO DE LA PÓLIZA ESTÁN DEFINIDOS BIEN DENTRO DEL TEXTO QUE DESCRIBE CADA COBERTURA O EN LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES) DE ESTA PÓLIZA Y DEBEN SER ENTENDIDAS DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN.

LOS TÍTULOS Y SUBTÍTULOS QUE SE UTILIZAN A CONTINUACIÓN SON ERICTAMENTE ENUNCIATIVOS Y POR LO TANTO DEBEN SER INTERPRETADOS DE ACUERDO AL TEXTO QUE LOS ACOMPAÑA.

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO CONDICIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

- a) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE ESTE INCURRA, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

- b) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES, TODOS ELLOS LEGALMENTE HABILITADOS E INTERVINIENTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



EN ESTE CASO PREVISORA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

- c) ASIMISMO, PREVISORA SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS QUE HAYAN SIDO ATENDIDAS POR ESTE SERVICIO, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- a) PREVISORA RECONOCERÁ HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO DIFERENTE A UNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y QUE OCASIONE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES DE SALUD PROPIAS DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) IGUALMENTE, PREVISORA SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD DE SALUD DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, PAGARÁ LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR PREVISORA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

PARA LOS PROCESOS PENALES, LOS GASTOS Y COSTOS JUDICIALES INCURRIDOS, TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA CITACIÓN A AUDIENCIA DE FORMULACIÓN DE IMPUTACIÓN, Y SE PAGARÁN POR REEMBOLSO UNA VEZ SEA PROFERIDA SENTENCIA DEFINITIVA O FALLO QUE FINALICE EL PROCESO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO: (i) HUBIERE SOLICITADO AUTORIZACIÓN PREVIA A PREVISORA PARA INCURRIR EN DICHOS GASTOS Y ESTOS HAYAN SIDO AUTORIZADOS POR ESCRITO, Y (ii) FUERE DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL FUESE SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

EN LOS DEMÁS CASOS LOS GASTOS DE DEFENSA SE RECONOCERÁN Y PAGARÁN AL MOMENTO DE SU APROBACIÓN POR PREVISORA, HASTA EL MONTO AUTORIZADO DE LOS MISMOS, APROBACIÓN QUE DEBERÁ SURTIRSE EN TODOS LOS CASOS DE FORMA PREVIA A CUALQUIER ACUERDO QUE REALICE EL ASEGURADO CON SU ABOGADO.

1.3.3 OTROS COSTOS DE PROCESOS QUE PROMUEVA LA VÍCTIMA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE PREVISORA

PREVISORA RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN CONTRA DEL ASEGURADO, SALVO QUE LA RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PRESENTE PÓLIZA O PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO, O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE PREVISORA. EN EL CASO DE SER CONDENADO EL ASEGURADO A PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN A LA VÍCTIMA EN CANTIDAD SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA, LOS GASTOS Y COSTAS DEL PROCESO CORRERÁN POR PREVISORA ÚNICAMENTE EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA POR LA CONDENA EN FUNCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

PREVISORA RECONOCERÁ LOS GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCITAR DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



LA CONTRATACIÓN DE ESTA COBERTURA NO IMPLICA EN NINGÚN CASO LA OBLIGACIÓN PARA PREVISORA DE OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE.

EN TODOS LOS CASOS, LOS COSTOS DE CAUCIONES SÓLO SE RECONOCERÁN EN LA MEDIDA EN QUE DICHO CONCEPTOS HUBIEREN SIDO PREVIA Y EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR PREVISORA. EL RECONOCIMIENTO DE DICHO COSTOS SE REALIZARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LOS MISMOS.

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

LA RESPONSABILIDAD POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE COBRIRÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

EL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS CONTADOS DESDE EL VENCIMIENTO O TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN POR PRIMERA VEZ CONTRA EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO EL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD QUE HUBIERE SIDO EXPRESAMENTE PACTADO Y OTORGADO.

EL AMPARO DE EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DE PREVISORA DICHO RECLAMOS.

LOS LÍMITES DE COBERTURA CONTRATADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, SON LOS MISMOS QUE REGISTRÁN PARA EL AMPARO DEL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, ES DECIR, DICHO AMPARO NO ALTERARÁ EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ACORDADO EN LA PÓLIZA, NI EL ALCANCE, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS.

EL ASEGURADO ESTARÁ FACULTADO PARA CONTRATAR ESTA COBERTURA EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO, BIEN SEA POR SU DECISIÓN O POR LA DE PREVISORA, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ANEXAS A LA MISMA Y CON SUJECCIÓN A LOS DEMÁS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO EN CASO DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO, DEBIDO A FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

ES CONDICIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO, QUE LA MISMA SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES ANTERIORES A LA FECHA DE TERMINACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE IGUAL FORMA, EN EL EVENTO QUE EL CONTRATO SEA REVOCADO O NO RENOVADO POR PREVISORA, ESTA EXTENSIÓN DEBERÁ SER SOLICITADA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE AVISO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



CUMPLIDAS TODAS LAS CONDICIONES ANTERIORES CONTENIDAS EN ESTE NUMERAL, PREVISORA:

- NO PODRÁ NEGARSE A OTORGAR EL AMPARO Y EMITIR EL ANEXO Y/O CERTIFICADO RESPECTIVO.
- NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- MANTENDRÁ VIGENTE EL AMPARO HASTA CUANDO SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO OTORGADO DE DOS (2) AÑOS, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL ANEXO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

A FIN DE CALCULAR LA PRIMA POR EL AMPARO PARA LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMACIONES, PREVISORA UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE SOLICITUD DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO.

IGUALMENTE, PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTARE POR LA NO CONTRATACIÓN DEL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A RECLAMACIONES NO INICIADAS EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA; LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA, SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EN CASO DE QUE EL TOMADOR, ESTANDO VIGENTE EL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, CONTRATASE OTRA PÓLIZA DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA, SEA CON PREVISORA O CUALQUIER OTRA ASEGURADORA, LA COBERTURA BRINDADA POR DICHO PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES OPERARÁ SIEMPRE EN EXCESO DE DICHA OTRA PÓLIZA.

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA RECLAMACIONES Y/O INDEMNIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LOS DIRECTORES Y/O ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
3. EPIDEMIAS Y PANDEMIAS: SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN, ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN, PÉRDIDA, RESPONSABILIDAD, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE, CONTRIBUYA O RESULTE DE EPIDEMIA Y/O PANDEMIA Y/O LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19), ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA GRAVE SÍNDROME CORONAVIRUS 2 (SARS-COV-2), O CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DEL MISMO. ESTA EXCLUSIÓN TAMBIÉN SE APLICA A CUALQUIER RECLAMO, PÉRDIDA, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE, CONTRIBUIDO O RESULTANTE DE: (I) CUALQUIER TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE; O (II) CUALQUIER ACCIÓN TOMADA PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE CUALQUIER MANERA RELACIONADA CON CUALQUIER BROTE DE: EPIDEMIAS Y/O PANDEMIAS Y/O ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19), CORONAVIRUS 2 POR SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV-2), O CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DEL MISMO.
4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-006-007

AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



6. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
7. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
8. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE. DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
9. DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
10. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
11. TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
12. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
13. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCLTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
14. FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS.
15. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, Y/O CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
16. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



17. CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
18. CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
19. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
20. RECLAMOS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
21. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
22. DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
23. DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA, CONTROL O TENENCIA DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
24. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
25. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
26. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO O VINCULADOS A TRAVÉS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS U OTRA MODALIDAD.
27. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
28. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
29. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



30. EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
31. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
32. HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
33. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
34. DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
35. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
36. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
37. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
38. CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
39. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDA FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
40. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
41. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
42. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
43. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
44. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

45. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

- a) Asegurado: Es el establecimiento médico asistencial que presta el servicio médico de salud, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza. Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.
- b) Beneficiario: Persona natural que tiene derecho a recibir la indemnización, en su calidad de paciente y/o esté legalmente legitimado para reclamar un perjuicio, derivado del daño ocasionado al paciente.
- c) Evento: Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.
- d) Servicios Profesionales en la atención de la Salud de los pacientes: Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. Dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.
- e) Daños Materiales: Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- f) Lesiones Corporales: Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- g) Costas, Gastos, Intereses y Honorarios: Los intereses moratorios, las costas, gastos y honorarios incurridos por el ASEGURADO para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza.
- h) Fecha de Retroactividad: Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Eventos, esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y PREVISORA, en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.
- i) Indemnización: Pago efectuado según lo estipulado en la póliza de seguro, por concepto de daños y/o perjuicios amparados por la presente póliza, la cual no puede superar el importe del límite de valor asegurado (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- j) Paciente: Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios de salud y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos, diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- k) Reclamo: Cualquier acción judicial o extrajudicial, realizada contra el asegurado o su Asegurador, efectuado por primera vez durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad otorgado, como consecuencia de un perjuicio causado por éste, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por una prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o evento.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



Todas las Reclamaciones derivadas de la misma prestación del servicio de salud o Evento efectuadas a una o varias personas, se considerarán como una sola Reclamación, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las Reclamaciones haya sido presentada.

Así mismo, la serie de prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Evento que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia o situación se considerarán una sola Reclamación, sin importar el número de reclamantes y/o Reclamaciones formuladas, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad.

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad, asumido por PREVISORA al producirse el evento amparado, será el que se encuentra estipulado en la carátula de la presente póliza.

Si se presentaren varias reclamaciones contra el asegurado durante la vigencia de la póliza, la responsabilidad máxima de PREVISORA, por ningún motivo podrá exceder, los límites globales indicados en la carátula de la presente póliza.

Cuando en una cláusula o amparo adicional se estipule un sublímite por persona o por evento o por vigencia, tal sublímite será el límite máximo de indemnización que le aplique a dicha cobertura, la cual hará parte del límite asegurado global de la póliza.

Este límite asegurado se reducirá en igual cantidad del monto indemnizado y no habrá restablecimiento automático del valor asegurado.

Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos a consecuencia de distintos servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o eventos, PREVISORA responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem Límite Agregado Anual de Cobertura de las Condiciones Particulares el cual comprende los valores indicados de manera individual para cada cobertura.

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

Corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales.

A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente, por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento del mismo, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo.

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza.

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

De acuerdo con el artículo 1066 del C. de Co. el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza.

La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

8 CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO O DE TENER CONOCIMIENTO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

- A. En caso de Siniestro o de tener conocimiento de Reclamaciones, el Asegurado, está obligado a:
- Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las Reclamaciones de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
 - Dar noticia a PREVISORA de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial formulada en su contra. La noticia deberá darse dentro de los (3) tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer dicha situación y deberá incluir la siguiente información:
 1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la prestación de servicios profesionales de atención en la salud a los pacientes;
 2. Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
 3. La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
 4. Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
 5. Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
 6. Nombre y domicilio de los intervinientes en la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes además del Asegurado.
 - No asumir ninguna responsabilidad ni conciliar o transigir ninguna Reclamación, ni incurrir en ningún costo o gasto de los que estarían cubiertos por esta póliza sin el consentimiento escrito de PREVISORA.
- B. Si durante la vigencia de la póliza o del Periodo Extendido para Reclamaciones, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un Siniestro o a generar una Reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal anterior.

En caso que con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza efectivamente se formalice una Reclamación derivada de los hechos o circunstancias que fueron notificados a PREVISORA en la forma establecida en este numeral, dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en el mismo momento en que los hechos y circunstancias que la originaron fueron debidamente notificados o avisados a LA PREVISORA razón por la cual la cobertura procederá bajo la póliza que se encontraba vigente en ese momento.

- C. En caso de Siniestro, el Asegurado, deberá informar a PREVISORA, de los seguros coexistentes, con indicación de la aseguradora y de la suma asegurada de los mismos.

En todo caso, el incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes, conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

- D. En caso de que el Tercero damnificado y/o beneficiario exija directamente a PREVISORA indemnización por los daños ocasionados por el Asegurado, deberá éste proporcionar todas las informaciones y pruebas pertinentes que PREVISORA solicite con relación a la ocurrencia del hecho y la cuantía que motiva la acción del Tercero perjudicado.

El incumplimiento de cualquiera de las anteriores obligaciones por parte del Asegurado, según fuere, legitimará a Previsora, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio, para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado.

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

PREVISORA tendrá derecho de encargarse y de dirigir, en nombre del Asegurado, la defensa o negociaciones tendientes a conciliación o transacción de las Reclamaciones, o a formular en nombre del Asegurado y en su propio beneficio, demanda de reconvención o llamamiento en garantía con el fin de obtener compensación de terceros.

PREVISORA no conciliará ni transará ninguna Reclamación, ni podrá hacer acuerdos conciliatorios con Terceros, sin el consentimiento del Asegurado. En caso, que este último rehúse consentir un acuerdo conciliatorio que haya podido adelantar Previsora con los Terceros o rechacen la oferta de PREVISORA en cuanto a conciliar o transar una Reclamación, la responsabilidad de PREVISORA no excederá del importe de la conciliación o transacción propuesta, incluyendo los costos y gastos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo conciliatorio o la oferta por parte del Asegurado.

No obstante, lo anterior, el Asegurado queda autorizado para incurrir en los gastos razonables que fueren necesarios para proteger evidencias o resguardar su posición frente a eventuales Reclamaciones, si por las circunstancias en que se presenten los hechos no fuere posible obtener el consentimiento de PREVISORA de manera oportuna.

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

1. Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
2. Inspeccionar, examinar, clasificar, evaluar y trasladar de común acuerdo con el asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
3. 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.
4. Tomar las medidas que considere convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del asegurado.
5. Beneficiarse 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.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

La presente póliza no se renovará automáticamente. PREVISORA estudiará los términos y condiciones de la renovación al recibir solicitud en ese sentido. La solicitud deberá hacerse por escrito con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

El presente seguro terminará por extinción del período por el cual se contrató, si no se efectuase la renovación correspondiente, por desaparición del riesgo, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual PREVISORA tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por Previsora, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el Tomador, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a Previsora.

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 seguros a corto plazo.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

PREVISORA pagará al asegurado o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio.

De conformidad con lo previsto por el artículo 1110 del Código de Comercio, PREVISORA, adicional a pagar la indemnización en dinero tiene el derecho, si lo estima conveniente, de reconstruir, reponer o reparar los bienes asegurados destruidos o dañados o cualquier parte de ellos.

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

El Asegurado o el Beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

1. Cuando la reclamación presentada ante Previsora fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.
2. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes sobre los mismos intereses asegurados.
3. Cuando renuncien a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro, sin el previo consentimiento escrito de Previsora.

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Previsora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Previsora, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si, el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero Previsora sólo estará 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, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si Previsora, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el asegurado o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a Previsora los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, Previsora podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a Previsora para retener la prima no devengada.

Así mismo, el Tomadora o el Asegurado podrán, durante la Vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto PREVISORA, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada segunda la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1096 a 1099 del Código de Comercio en virtud del pago de la indemnización, PREVISORA se subroga, por ministerio de la ley y hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del Siniestro.

El Asegurado, a petición de PREVISORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsables de los perjuicios que le acarree a PREVISORA su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación.

PREVISORA podrá repetir contra el Asegurado el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción por el perjudicado o sus derechohabientes, cuando se descubra que el daño o perjuicio causado al Tercero se debió a conductas dolosas del Asegurado.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- a) PREVISORA tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado, incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc., en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- b) De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

También, PREVISORA podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de tres (3) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

19 CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CARÁCTER COMPLEMENTARIO DE LA COBERTURA Y COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de que el amparo otorgado por esta póliza concorra con el otorgado por otras pólizas que amparen el mismo riesgo, PREVISORA sólo sería responsable del pago de la indemnización en exceso del monto cubierto por los demás seguros contratados. En el evento de existir en dichas pólizas una cláusula en el sentido aquí expresado, se aplicarán las reglas referentes a la coexistencia de seguros, previstas en el artículo 1.092 del Código de Comercio, con arreglo a las cuales, los diversos aseguradores deberán soportar la indemnización en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimientos del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares y/o especiales, a menos que se defina de otra manera.

En caso de que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales, se entenderá que los límites territoriales corresponden únicamente a la República de Colombia.

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-007



Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el tomador y/o asegurado y Previsora con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ya sea ante justicia ordinaria o la arbitral, en caso de que se pacte cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

Esta póliza y cualquiera de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de Previsora.

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El tomado y/o asegurado se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por Previsora y, que resulta, de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador y/o asegurado, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a Previsora, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato.

Es requisito para la renovación del seguro que, el tomadora y/o asegurado diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o asegurado, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que Previsora suministrará para tal efecto.

27 CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL/ CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

Previsora incluirá los datos de carácter personal y todos los datos posteriores, que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en una base de datos por la que es y será responsable. La finalidad del tratamiento de dicha información será la prestación del contrato de seguro y el posible envío de información comercial y publicitaria sobre sus productos y servicios.

El tomador y/o asegurado autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-007



El tomador y/o asegurado podrán hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a Previsora, a la dirección que aparece en la presente póliza, de acuerdo con lo establecido en las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el tomador facilite a Previsora información relativa a asegurados o terceros, dicho suministro se hará bajo el entendido de que dichos asegurados y/o terceros han manifestado previamente su autorización al tomador para que sus datos personales le sean comunicados a Previsora con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

El tomador y/o asegurado autorizan a Previsora para que consulte, solicite, obtenga, transfiera, transmita, informe, conserve en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo del sector financiero, bursátil, asegurador, de la seguridad social, fiscal o industrial, nacional o internacional, toda la información, confidencial o no, obtenida o que le haya sido suministrada, o que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad haya celebrado así como sobre novedades, referencias comerciales y bancarias, manejo de pólizas y demás servicios que surjan de sus relaciones comerciales con Previsora y con terceros.