



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia



República de Colombia
Rama Judicial



SIGMA

Jurisdicción Contenciosa Administrativa de La Guajira
Juzgado Segundo Administrativo Mixto del Circuito de Riohacha

TRASLADO DE EXCEPCIONES

Hoy, Diecisiete (17) de febrero de dos mil veintiuno (2022), a las ocho de la mañana (8:00 am.), se corre traslado a las partes por el termino establecido en lo dispuesto en el artículo 175 parágrafos No. 2 del C.P.A.C.A de las EXCEPCIONES, presentada en la contestación del llamamiento en garantía por parte de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, dentro del proceso que se tramita por el Medio de Control de REPARACIÓN DIRECTA promovido por LEONOR MERCEDES REDONDO PUERTA Y OTROS contra HOSPITAL SANTO TOMAS E.S.E – HOSPITAL S.A RAFAEL II NIVEL E.S.E Y OTROS radicado bajo N° 44-001-33-40-002-2016-00106-00.

Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 175 parágrafos No. 2 del C.P.A.C.A en concordancia con el 110 del Código General del Proceso.


JAVINA ESTHELA MENDOZA MOLINA
Secretaria

Correo Memoriales de procesos radicados: j02admctorioha@cendoj.ramajudicial.gov.co

Calle 7 No 15 – 58 - Oficina 406

Palacio de Justicia

Teléfono: (5) 7272443

Celular: 3137081288

Riohacha – La Guajira

DEMANDANTE: LEONOR MERCEDES REDONDO PUERTA Y OTROS DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SANTO TOMAS DE VILLANUEVA Y OTROS LLAMADA EN GARANTIA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS RAD: 2016-00106

Holger Alfonso (OMP Abogados) <halfonzo@ompabogados.com>

Vie 29/01/2021 16:43

Para: Juzgado 02 Administrativo - La Guajira - Riohacha <j02admctorioha@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO

RIOHACHA – LA GUAJIRA

E. S. D.

REF: REPARACION DIRECTA

DEMANDANTE: LEONOR MERCEDES REDONDO PUERTA Y OTROS

DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SANTO TOMAS DE VILLANUEVA Y OTROS

LLAMADA EN GARANTIA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

RAD: 2016-00106

Por medio del presente correo, me permito enviar adjunto los siguientes documentos, relacionados con el proceso de la referencia en formato PDF:

1. **Contestación de demanda y llamamiento en garantía por parte de PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. (43 folios)**

Ratificamos que la Dra. OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, podrá ser notificado en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al correo electrónico operez@ompabogados.com y al número de celular 313 511 92 67.

Solicito por favor enviar acuse de recibo del presente correo.

Cordialmente,

Holger Augusto Alfonso Flórez

OMP | Abogados

Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B 4 Piso 2

Teléfono: (+57 5) 3606945 Celular: 3004382032 - 3215442599

halfonzo@ompabogados.com

Barranquilla, Colombia

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO

RIOHACHA – LA GUAJIRA

E. S. D.

REF: REPARACION DIRECTA

DEMANDANTE: LEONOR MERCEDES REDONDO PUERTA Y OTROS

DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SANTO TOMAS DE VILLANUEVA Y OTROS

LLAMADA EN GARANTIA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

RAD: 2016-00106

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la sociedad **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por el Doctor **JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ**, actuando en su calidad de Representante Legal de la precitada sociedad, todo lo cual acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, que se encuentra anexo al expediente; al señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a contestar el llamamiento en garantía formulado por la **ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD"**, en los siguientes términos:

Que se me reconozca personería para actuar como apoderada judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con plenas facultades para actuar dentro de todas y cada una de las diligencias que se practiquen dentro del presente proceso.

SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA PRINCIPAL

En cuanto a los hechos de la demanda, me pronuncio de la siguiente manera y enumerándolos de la misma forma en que la apoderada demandante lo hace en su escrito de demanda:

AL HECHO PRIMERO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO SEGUNDO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO TERCERO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO CUARTO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO QUINTO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO SEXTO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO SEPTIMO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO OCTAVO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO NOVENO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO PRIMERO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO TERCERO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO CUARTO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO QUINTO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO SEXTO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO SEPTIMO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO OCTAVO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO NOVENO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO VIGESIMO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO VIGESIMO PRIMERO: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO: No es un hecho, es el ius postulandi que tiene el apoderado de los demandantes para instaurar el presente proceso.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA PRINCIPAL

En cuanto a las pretensiones de la demanda, me opongo a todas ellas por no tener asidero fáctico, lo que significa que para **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS** no existe obligación de pagar sumas de dinero a la demandante por los hechos materia de la presente demanda, de acuerdo a los argumentos jurídicos que expondré a continuación.

De igual forma, manifiesto que coadyuvo todas y cada una de las excepciones propuestas por la parte demandada **ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD"**, tomándolas como propias, es decir, como presentadas por la suscrita, pues estas son compartidas plenamente por tener asidero legal y fáctico; y adicionalmente presento las siguientes:

EXCEPCIONES A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA PRINCIPAL

En cuanto le favorezcan a mi procurada coadyuvo las excepciones que hubiesen sido presentadas por la parte demandada y además propongo:

- 1. INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LOS SERVICIOS MEDICOS QUE SE SUMINISTRARON AL JOVEN MOISES SAID BAQUERO REDONDO (Q.E.P.D.) POR PARTE DE LA ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD" Y EL DAÑO QUE SE ALUDE EN LA DEMANDA.**

En primer lugar, tenemos que la falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como debe hacerse en condiciones normales, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan y la ineficiencia se da cuando la Administración presta el servicio, pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal. Y obviamente se da la omisión o

ausencia de este cuando la Administración, teniendo el deber legal de prestar el servicio, no actúa, no lo presta y queda desamparada la ciudadanía.¹

Así las cosas, en la falla probada del servicio, es necesario demostrar la irregularidad en el actuar público, es decir, la culpabilidad de la administración, lo que significa, que además de acreditar la actuación, el daño y el nexo causal, es preciso evidenciar un Estado alejado de criterios de buen servicio público y, por el contrario, se presenta como vulnerador de derechos.²

En efecto, el criterio de falla probada para atribuir responsabilidad por la actividad médica, sin distinguirla de las demás actuaciones de la administración, se ha utilizado desde tiempo atrás y aún hoy día se viene aplicando en esta clase especial de responsabilidad (Gil, 2010, p. 450)³, con fundamento en que quien alega la falla debe probarla y así, no se le reconoce al particular ninguna ventaja probatoria frente al ente público, como ocurre en las otras modalidades de responsabilidad médica.³

Así las cosas, no basta con afirmar que el daño se produjo como consecuencia de la conducta negligente del personal médico de la **E.S.E. SAN RAFAEL II NIVEL ESE NI MUCHO MENOS D LA ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD**, pues se deben probar los tres elementos que acabamos de mencionar para lograr la prosperidad de la pretensión en el sentido de que se declara la responsabilidad de las entidades demandadas. Como lo afirma el Doctor Juan Carlos Henao, "... en ocasiones a pesar de existir el daño no procede declarar la responsabilidad. Esto por cuanto el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido el daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe, pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre..." (Juan Carlos Henao, El Daño, Edit. Universidad Externado de Colombia, 1998)

La responsabilidad medica está subordinada a tres elementos, como lo son: la culpa o conducta del médico, el daño y la relación de causalidad entre estos dos. Al respecto la corte Suprema de Justicia, ha manifestado que *"entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el paciente: Por lo tanto, el medico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe demostrar los hechos donde se desprende aquella"*

Al respecto, el consejo de Estado, en sentencia de fecha 15 de marzo de 2015, con ponencia del consejero ponente Dr. Danilo Rojas Betancourth, expreso lo siguiente.

"La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.

En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso.

Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance".

¹ C.E. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Radicación número: 52001-23-31-000-1999-00518-01(20750). M.P. Dr. Mauricio Fajardo Gomez.

² C.E. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, expediente No.14.170, sentencia del 25 de febrero de 2005, M.P. Dr. Ramiro Saavedra Becerra,

³ C.E. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, expediente No.16.700, sentencia del 28 de enero de 2009, M.P. Mauricio Fajardo.

En este sentido dentro de este tipo de acciones se le impone al demandante la carga de tener que probar el nexo de causalidad, es establecer una relación entre la conducta asumida por una persona y las consecuencias de sus actos, en otras palabras, lo que se pretende es probar la existencia de una conexión necesaria entre un antecedente (causa) y un consiguiente (efecto)⁴.

Dentro de la historia clínica del joven MOISES SAID BAQUERO REDONDO (Q.E.P.D.), se puede establecer que fue atendido de forma oportuna por el personal médico de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL, ingresando el día 25 de enero 2016 a las 12:36 p.m. realizándole los procedimientos requeridos como, medicación, ayudas diagnósticas (toma de sangre, radiografía de tórax, ecografía, entre otras), el mismo día a las 16:43 pm, ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos, demostrándose de esa forma que el actuar de los médicos de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL, NO fue inoportuna, ni irregular, ni ineficaz, ni omisiva, como lo quiere hacer ver la parte actora en el escrito de demanda.

Es claro, que para el caso que nos ocupa es claro que no existe culpa y nexo de causalidad entre el daño y conducta que haya desplegado la **E.S.E. SAN RAFAEL II NIVEL ESE NI MUCHO MENOS DE LA ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD**, pues se le prestaron todos los servicios médicos requeridos por el paciente, en cumplimiento de los protocolos médicos tal como consta en la historia clínica de la paciente.

En virtud de lo anteriormente expuesto, solicito al juez declarar probada la presente excepción.

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL POR CAUSA DE LA ACTIVIDAD MEDICA Y NECESIDAD DE LA PRUEBA, Y HABER SIDO DILIGENTE Y PRUDENTE LA ATENCIÓN MEDICA.

Con claridad se ha establecido jurisprudencialmente que la actividad médica debe ser analizada dentro de las obligaciones denominadas de medio, es decir, que no dependen de un resultado sino del despliegue de una actividad diligente y que se deriva específicamente de las circunstancias en las cuales se presentan los hechos específicos de cada caso. Es por ello que no se puede desconocer que el estado en el que ingresa el paciente a una institución médica tiene evidentemente incidencia causal en el resultado y no se le puede imputar todo el evento lesivo a la actividad medica desplegada por los galenos, esto sin reconocer que existe responsabilidad de estos en los hechos objeto de la demanda.

Del escrito de demanda se desprende que el apoderado de la parte demandante pretende imputar una especie de responsabilidad objetiva a la sociedad médica específicamente por mencionar que el acto médico desplegado no cumplió con la exigencia necesaria para el mismo. Es allí donde pretendo extender mi argumentación, pues no se puede dentro del presente caso hablar de una responsabilidad objetiva o una falla presunta en el servicio pues la jurisprudencia ha hecho suficientes diferencias en casos parecidos, y les ha aplicado la carga de la prueba a los demandantes, es decir, los ha analizado dentro de un régimen de culpa probada.

El Consejo de Estado en el año 2004, siguiendo el derrotero fijado en un fallo del 10 de febrero de 2000, respecto del régimen de culpa presunta, que se había impuesto en materia médica después del fallo citado de 1992, dijo la Sala:

“... la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquélla resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil – que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado–, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial.”

⁴ López Díaz, C. Introducción a la Imputación Objetiva, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, Centro de Investigación en Filosofía y Derecho, Cuarta Reimpresión, 2004, p. 25.

Con lo anterior es claro, que dicha corporación retomó el régimen jurídico probatorio aplicable en materia contencioso administrativa, teniendo en cuenta para ello lo estipulado en el artículo 168 del Código Contencioso Administrativo; específicamente, sobre el deber de probar los hechos fundamentales del proceso, el artículo 167 del Código General del Proceso, así como el artículo 1757 del Código Civil, consagran el principio de la carga de la prueba, según el cual, al demandante le corresponde acreditar los hechos sobre los cuales edifica sus pretensiones.⁵

En cuanto al caso concreto, no se puede desconocer que el demandante se limita a realizar afirmaciones de hecho sin respaldo probatorio alguno, y que no pueden ser tomadas como ciertas sin que se presente el debate procesal a que hay lugar.

De igual manera no se puede perder de vista la teoría del riesgo inherente, que debemos entender como aquel riesgo que por su naturaleza no se puede separar de la situación donde existe. Así es claro que no puede desconocerse que el estado en el que ingreso el paciente a la entidad de salud influyó preponderantemente en el resultado, por lo que no es viable que se le impute la responsabilidad a una institución que está para prestar servicios médicos y honrar el juramento hipocrático, que establece claramente que el deber es salvar vidas de los pacientes.

Dentro de la historia clínica del joven MOISES SAID BAQUERO REDONDO (Q.E.P.D.), se puede establecer que fue atendido de forma oportuna por el personal médico de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL, ingresando el día 25 de enero 2016 a las 12:36 p.m. realizándole los procedimientos requeridos como, medicación, ayudas diagnósticas (toma de sangre, radiografía de tórax, ecografía, entre otras), el mismo día a las 16:43 pm, ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivo, demostrándose de esa forma que el actuar de los médicos de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL, NO fue inoportuna, ni irregular, ni ineficaz, ni omisiva, como lo quiere hacer ver la parte actora en el escrito de demanda.

Así las cosas, solicito al despacho declarar probada la presente excepción.

3. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA SALUD A FAVOR DE LOS DEMANDANTES

Dentro de las pretensiones de la demandada el apoderado de la parte demandante solicito el reconocimiento de los perjuicios denominados “daño a la salud”, al respecto me permito manifestar lo siguiente:

Al respecto del daño a la vida de relación, el Consejo de Estado establecido, en cuanto al concepto y reparación de este perjuicio, lo siguiente:

(...) se recuerda que, desde las sentencias de la Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, exp. 19031 y 38222 (...) se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud (...)

Ahora, con respecto del perjuicio a la salud, el consejo de Estado establecido lo siguiente:

“En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera.

⁵ Consejo De Estado, Sección Tercera. Magistrado Ponente: Ramiro Saavedra Becerra. 13 de mayo de 2009. Expediente número: 31.597.

La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada (...)

Es claro que la Sección Tercera del Consejo de Estado aclaró las dudas sobre el concepto de perjuicio a la salud y que se establece como un daño inmaterial distinto a la moral que puede ser exigido y decretado en casos en que el perjuicio provenga de una lesión corporal.

Igualmente considero que *“el daño a la salud garantiza un resarcimiento más o menos equitativo y objetivo en relación con los efectos que produce un daño que afecta la integridad psicofísica de la persona, y de que se reparen los demás bienes, derechos o intereses jurídicos de la víctima directa o de los perjudicados que logren acreditar efectivamente que padecieron ese daño autónomo e independiente, sin que quede cobijado por la tipología antes delimitada”*.

Así las cosas, no cabe duda alguna que el reconocimiento del perjuicio a la salud solo se hace a favor de la víctima directa, a la cual se le produce un daño que afecta su integridad psicofísica, para el caso en concreto, es claro que los hoy demandantes no están legitimados para solicitar el reconocimiento del mencionado perjuicio, por lo cual solicito al despacho que así se declare en la sentencia que ponga fin al presente proceso.

4. AUSENCIA DE PRUEBA DEL PRESUNTO DAÑO Y CUANTIA

Como lo aceptan la jurisprudencia y la doctrina, el daño es la razón de ser de la responsabilidad y, en consecuencia, debe probarse que hubo un daño y cuantificarse.

Como lo afirma el Dr. Juan Carlos Henao, en su libro “El daño”, no basta, entonces, que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia del daño, porque *“el demandante no puede limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio”*, que por demás no pueden ser valoradas *“como si se tratara de hechos notorios o presumibles, y no de situaciones cuya comprobación, por mandato legal, le correspondía al demandante.”*

Es así como en escrito de demanda, el apoderado de la parte demandante solo se limita a solicitar el pago de sumas de dinero, más si tenemos en cuenta que no solo le basta al actor solicitar tales sumas, sino que debe demostrar con las pruebas legal y oportunamente recaudadas por que le corresponde pagarlas a la demandada.

Ahora bien, en cuanto al daño emergente, al tratarse de un perjuicio patrimonial, debe acreditarse mediante documentos idóneos tales como facturas o comprobantes de egresos correspondientes, por ser su objetivo primordial el reintegro de gastos efectuados por parte del reclamante, pero encontramos que no se aporta junto con la demanda prueba idónea y suficiente que demuestre que el demandante incurrió en gastos o desembolsos, por gastos mortuorios, ni muchos menos, se puede establecer si dicho gasto fue del pecunio de la señora LEONOR MERCEDES REDONDO PUERT, sin embargo, solicita el reconocimiento de la suma de \$4.500.000.00, al respecto se tiene que *“el daño emergente abarca la pérdida misma de elementos patrimoniales, los desembolsos que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales trata de deducirse la responsabilidad”*⁶.

“Entiéndase por daño emergente el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por lucro cesante, la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido la imperfectamente, o retardado su cumplimiento.”

Por su parte el Consejo de Estado se ha pronunciado sobre el alcance de este concepto, así:

⁶ Corte Suprema de Justicia en sentencia del 7 de mayo de 1968

“El daño emergente supone, por tanto, una pérdida sufrida, con la consiguiente necesidad –para el afectado– de efectuar un desembolso si lo que quiere es recuperar aquello que ha perdido. El daño emergente conlleva que algún bien económico salió o saldrá del patrimonio de la víctima. Cosa distinta es que el daño emergente pueda ser Tanto pasado como futuro, dependiendo del momento en que se haga su valoración.”

En lo relacionado con el lucro cesante, al tratarse de un perjuicio patrimonial, el mismo debe acreditarse mediante documentos idóneos que demuestren los ingresos del joven MOISES SAID BAQUERO REDONDO (Q.E.P.D.), De igual forma cabe resaltar que sin una prueba fehaciente resulta inocuo aseverar que obtenía tales montos de ingreso, aunado a que no se anexa en el libelo de la demanda, certificado de planilla de pago de seguridad social, o declaración de renta, que respalde tales afirmaciones, Maxime que no se acredita en el plenario que estaba realizando estudios, por lo que no se pudo establecer si iba a recibir ingresos.

Adicional, no se puede desconocer que para efectos de la cuantificación del perjuicio es necesaria la prueba que determine que el mismo es necesario y que es cierto, para lo cual el demandante debe aportar la prueba que demuestre los ingresos para efectos de determinar los posibles perjuicios materiales causados, lo cual nos permite manifestar contundentemente que lo solicitado excede ostensiblemente la cifra real de un eventual perjuicio sufrido por los demandantes, esto sin aceptar o reconocer la existencia del mismo.

En lo que corresponde a los perjuicios de orden extrapatrimonial, debe respetarse que la prueba del mismo es necesaria y no se puede caer en el error de objetivamente reconocer el perjuicio sin estudiar si es viable o no la existencia del mismo, pues a pesar de todo es necesario probar lo que corresponde a dicho perjuicio. Ratifico que no es viable que se acceda a los perjuicios reclamados por este concepto.

Con respecto a daño moral, el Consejo de Estado, ha manifestado que *“el concepto se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.”*

Lo anterior, teniendo en cuenta que la función del daño moral es satisfactoria y no reparatoria del daño, ya que cumple con resarcir el mismo de manera netamente sentimental o moral, de algo que ya no se puede volver a tener; así mismo, debe observarse la gravedad del daño para que la reparación sea proporcional al mismo sufrido por las víctimas. Menciona la Corte Constitucional en sentencia T - 212 de 2012 lo siguiente:

“Así entonces, es claro que el arbitrio judicial, se configura como único sistema para realizar la tasación de los perjuicios morales y que es este medio utilizado para definir las cuantías indemnizatorias reconocidas a los actores.”

Por lo anterior, solicito al despacho que se haga un análisis exhaustivo de la existencia de los perjuicios solicitados, toda vez que no debe presumirse la existencia de esa afectación psicológica ni el grado de esta por el simple hecho de haberse manifestado en la demanda. Además de esto, no hay prueba que determine que existe la causación de este perjuicio, toda vez que no hay un dictamen médico legal que demuestre que los demandantes se han visto afectados psicológicamente.

En ese sentido, dentro de este proceso no se aportó prueba que determine la afectación psicológica o emocional que han sufrido los parientes del fallecido, por lo que debe el despacho caer en arbitrariedad concediendo la suma pretendida por el demandante por los perjuicios extrapatrimoniales en las pretensiones.

Dentro de las pretensiones de la demandada el apoderado de la parte demandante solicito el reconocimiento de los perjuicios denominados *“daño a la salud”*, al respecto me permito manifestar lo siguiente:

Al respecto del daño a la vida de relación, el Consejo de Estado establecido, en cuanto al concepto y reparación de este perjuicio, lo siguiente:

(...) se recuerda que, desde las sentencias de la Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, exp. 19031 y 38222 (...) se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud (...)

Ahora, con respecto del perjuicio a la salud, el consejo de Estado establecido lo siguiente:

“En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera.

La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada (...)”

Es claro que la Sección Tercera del Consejo de Estado aclaró las dudas sobre el concepto de perjuicio a la salud y que se establece como un daño inmaterial distinto a la moral que puede ser exigido y decretado en casos en que el perjuicio provenga de una lesión corporal.

Igualmente considero que *“el daño a la salud garantiza un resarcimiento más o menos equitativo y objetivo en relación con los efectos que produce un daño que afecta la integridad psicofísica de la persona, y de que se reparen los demás bienes, derechos o intereses jurídicos de la víctima directa o de los perjudicados que logren acreditar efectivamente que padecieron ese daño autónomo e independiente, sin que quede cobijado por la tipología antes delimitada”.*

Así las cosas, no cabe duda alguna que el reconocimiento del perjuicio a la salud solo se hace a favor de la víctima directa, a la cual se le produce un daño que afecta su integridad psicofísica, para el caso en concreto, es claro que lo hoy demandantes no están legitimados para solicitar el reconocimiento del mencionado perjuicio, por lo cual solicito al despacho que así se declare en la sentencia que ponga fin al presente proceso.

5. TASACION EXCESIVA DEL PERJUICIO

Las acciones indemnizatorias no pueden constituirse en la manera en que los demandantes deriven un provecho indebido; el afectado en términos generales tiene derecho, si demuestra la responsabilidad, a que se indemnice el perjuicio causado y solo ese perjuicio.

En las pretensiones de la demanda hay una Tasación Excesiva respecto a todos los tipos de perjuicios que se reclaman, como quiera que estos no se encuentran acreditados, olvidando que no es a criterio del demandante la fijación del perjuicio, sino que obedece a requisitos, medios probatorios y formulas financieras que precisan el daño realmente sufrido, amén de los pronunciamientos jurisprudenciales en torno a la indemnización de perjuicios.

Ante la tasación excesiva del perjuicio debe darse plena aplicación al artículo 208 del Código General del proceso el cual reza:

“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 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.

<Inciso modificado por el artículo 13 de la Ley 1743 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> 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 (...)”.

Solicito a usted, respetuosamente, declarar probada la excepción propuesta.

6. ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA

Un principio general del derecho es el enriquecimiento sin causa el cual a la luz del presente proceso se encuentra relacionado con el artículo 1088 del C. de Co. el cual consagra el principio de la indemnización. Lo anterior para poner de presente que no existe una causa para el cobro de las pretensiones de la demanda, pues por parte de la aseguradora no existe obligación de pagar monto alguno por la indemnización que aduce la demandante pues este valor no tiene una causa suficiente de donde se pueda deducir que existe obligación por parte de la aseguradora para el pago.

7. CUALQUIER OTRA EXCEPCIÓN QUE RESULTE PROBADA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO EN VIRTUD DE LA LEY, CONFORME AL ARTICULO 282 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso frente a la demanda, incluida la de prescripción, sin que constituya reconocimiento de responsabilidad por parte de mi procurada.

SOBRE LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Me permito pronunciarme sobre los hechos del llamamiento de la misma forma en que fueron redactados por parte del apoderado de la sociedad llamante en garantía:

AL HECHO 1: Es cierto. Mi representada expidió la póliza responsabilidad civil No. 1002174, la cual se encuentra sujeta a las condiciones generales de la misma, que hacen parte integrante de la póliza, en la cual se establece las coberturas, las exclusiones y demás condiciones para poder afectar la mencionada póliza, es de resaltar al despacho que los siguientes amparos se encuentran establecidos en la caratula de póliza así:

AMPAROS CONTRATADOS				
No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	750,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	750,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	750,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	750,000,000.00	SI	7,500,000.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	750,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	75,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	37,500,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	75,000,000.00		

AL HECHO 2: Manifiesto al despacho que este punto no le consta a mi representada, toda vez que no fue participe ni tuvo conocimiento de este hecho. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO 3: No es un hecho, es la apreciación subjetiva del apoderado del llamante en garantía, que carece de sustento factico y legal. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO 4: No es un hecho, es la apreciación subjetiva del apoderado del llamante en garantía, que carece de sustento factico y legal. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

FRENTE A LAS PETICIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Mi patrocinada se opone a la prosperidad de la solicitud, en la medida en que el evento carezca de cobertura temporal, exceda los límites y coberturas acordadas, y/o desconozcan las Condiciones Generales de la Póliza y las disposiciones que rigen el contrato de seguro.

EXCEPCIONES DE MERITO AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Propongo las siguientes excepciones perentorias o de fondo contra las pretensiones del llamamiento en garantía:

1. INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA, REALIZADO POR LA ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD" A LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

El despacho mediante auto de fecha 28 de noviembre de 2018, notificado por estado 067 del 26 de noviembre de 2018, se resolvió admitir el llamamiento en garantía realizado por el apoderado de la sociedad **ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD"** a la sociedad **PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

El día 18 de diciembre de 2020, el apoderado de **ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD"**, envía correo de notificación electrónica conforme al decreto 806 de 2020 a mi representada, del auto de fecha 28 de noviembre de 2018, notificado por estado 067 del 26 de noviembre de 2018, el cual se admitió el llamamiento en garantía a mi representada.

Ahora bien, el artículo 66 del Código General del Proceso establece el trámite para realizar la notificación ha llamado en garantía así:

ARTÍCULO 66. TRÁMITE. Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. **Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz.** (negrilla y subrayado nuestro)

El anterior artículo establece que si dentro de los Seis (6) Meses siguientes a la admisión del llamamiento en garantía no se logra la notificación de este, se declara ineficaz el llamamiento en garantía.

Siendo, así las cosas, dentro del sub-lite, tenemos que pasaron 2 año 1 meses, desde que se admitió el llamamiento en garantía hasta que se realizó la notificación a la aseguradora **PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, es decir cuando se realizó la notificación de mi representada ya se encontraba ineficaz el llamamiento en garantía.

Por lo anteriormente esbozado solicito muy respetuosamente a su señoría **DECLARAR LA INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**, a mi representada, teniendo en cuenta que el termino para realizar la notificación a mi representada había precluido, bajo lo preceptuado en el Art. 66 del Código General del Proceso, remisión expresa por analogía por el artículo 306 de la ley 1437 de 2011.

2. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA CON CARGO A LA POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1002174 POR AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD"

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, de conformidad con las condiciones generales y particulares de la póliza de RESPONSABILIDAD CIVIL, asume obligaciones, siempre y cuando, dentro del citado proceso se establezca la responsabilidad del asegurado y que la misma se encuentre relacionada con los hechos de la demanda.

Lo anterior en el entendido que la responsabilidad contractual es de carácter subjetivo, es decir, que hasta tanto no se demuestre una responsabilidad en cabeza del asegurado, no hay lugar a la afectación de la póliza.

Con base a las condiciones de la póliza podemos establecer que dentro de los amparos de la misma se encuentra: *"(...) 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. (...)".*

De acuerdo con la anterior definición contractual consagrada en las condiciones de la póliza, y en el evento de probarse que existió responsabilidad en cabeza del asegurado mencionado en la demanda, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS solo realizará pagos con cargo a la póliza siempre que se haya demostrado que la responsabilidad fue por una gestión inadecuada, dejando claro con ello que el caso que nos ocupa se aleja de dicha circunstancia.

De otra parte, es necesario precisar que no puede ser condenada la aseguradora a pagos por concepto de intereses de ninguna especie, pues la obligación de la compañía es condicional, lo que significa que hasta tanto el asegurado no sea condenado, no surge obligación a cargo de la compañía aseguradora.

3. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD FRENTE A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

En sentido amplio, el hecho de que exista una póliza en la cual el asegurador ampare parte de la responsabilidad civil en que pueda incurrir el asegurado, no quiere decir que este sea responsable, ni mucho menos que sea SOLIDARIO en la obligación de indemnizar a los afectados; esto para aclarar que no debe el Despacho declarar solidariamente responsable a mi representada LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Conforme a lo anterior, el asegurador bajo ninguna norma legal puede ser declarado solidariamente responsable con ocasión al aparente daño padecido, toda vez que ni en forma directa ni a través de algún dependiente, ejecutó un hecho generador de responsabilidad; el asegurador es solo el garante en torno al pago de la indemnización a la cual se condene como responsable al asegurado, pago que está supeditado al límite del valor asegurado, previo el descuento de deducible pactado.

4. LIMITE DE COBERTURA DE ACUERDO CON LOS SUBLIMITES PACTADOS

De acuerdo con la póliza suscrita por la **ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD"**, manifiesto que en el evento de un fallo adverso contra la entidad mencionada anteriormente, se tenga en cuenta que la póliza opera a título de reembolso, con la aclaración de que existe un valor asegurado que se encuentra limitado para cada evento, con un sublímite por evento, y un el cual asciende a \$75.000.000.00, además existen un deducible, unas exclusiones, unas coberturas y unas condiciones contractuales establecidas en las condiciones particulares y generales de la póliza que se pretende afectar.

5. DEDUCIBLE.

Contractualmente se pactó un deducible en la póliza que se pretende afectar correspondiente al 10 % del valor de la pérdida mínimo \$5.000.000. En el evento de una condena en contra de mi representada, solicito muy respetuosamente al señor juez, debe tener en cuenta que el deducible debe ser asumido por la **ASOCIACION SINDICAL DE TRABAJADORES TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD "ASPESALUD"** quien es el asegurado de la póliza.

6. EXCEPCION INNOMINADA

Solicito al señor juez que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 282 del Código General del Proceso, si hallare probados dentro del presente proceso hechos que constituyen una excepción que exonere de responsabilidad a la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS en relación con la demanda se sirva reconocerlas oficiosamente y declararlas probadas en la sentencia.

7. PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DEL SEGURO

A su vez el artículo 1081 del Código de Comercio, establece lo siguiente:

"(...) ART. 1081. PRESCRIPCION DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (...)" (Negrilla y subrayado fuera del texto original).

Por todo lo anterior es necesario remitirnos al análisis jurisprudencial realizado por la Corte Suprema de Justicia en sentencia cuyo Magistrado Ponente fue el Dr. Carlos Ignacio Jaramillo:

"(...) 3.2. Delanteramente, en cuanto atañe a tal precepto, particularmente a su novísimo contenido, hay que observar que él es posterior en el tiempo al artículo 1081 del estatuto mercantil primigenio y que está circunscrito al específico tema del seguro de responsabilidad. Siendo ello así, como en efecto lo es, se impone entender que él no consagró un sistema de prescripción extraño o divergente al global desarrollado en el precitado precepto y que, por contera, sus disposiciones no constituyen un hito legislativo aislado o, si se prefiere, autónomo o propio, de suerte que, para su recta interpretación, debe armonizársele con ese régimen general que, en principio, se ocupó de regular el tema de la prescripción extintiva en el negocio asegurativo y que, por tanto, excluye toda posibilidad de recurrir a normas diferentes y, mucho menos, a las generales civiles, para definir el tema de la prescripción extintiva en materia del seguro, como quiera que, muy otra, es la preceptiva inmersa en la codificación civil, a lo que se suma la especialidad normativa del régimen mercantil, como tal llamada a primar y, por tanto, a imperar. De allí que cualquier solución ha de buscarse y encontrarse en el ordenamiento comercial (Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio).

Y es dentro de ese contexto, que adquiere singular importancia la referencia expresa que el comentado artículo 1131 hace en punto al momento en que "acaezca el hecho externo imputable al asegurado ", para establecer la ocurrencia del siniestro y, por esta vía, para determinar que es a partir de ese instante, a manera de venero, que "correrá la prescripción respecto de la víctima", habida cuenta que cotejada dicha mención con el régimen general del artículo 1081, resulta más propio entender que ella alude a la prescripción extraordinaria en él consagrada, a la vez que desarrollada, ya que habiendo fijado como punto de partida para la configuración de la prescripción de la acción directa de la víctima, la ocurrencia misma del hecho generador de la responsabilidad del

asegurado -siniestro-, es claro que optó por un criterio netamente objetivo, predicable sólo, dentro del sistema dual de la norma en comentario, como ya se señaló, a la indicada prescripción extraordinaria, ya que la ordinaria, como también en precedencia se indicó, es de estirpe subjetiva, en la medida en que se hace depender del "conocimiento" real o presunto del suceso generador de la acción, elemento este al que no aludió la primera de las normas aquí mencionadas, ora directa, ora indirectamente, aspecto que, por su relevancia, debe ser tomado muy en cuenta.

En realidad el legislador nacional, al sujetar la prescripción de la acción de la víctima contra el asegurador a la ocurrencia del hecho provocante del daño irrogado, y no al enteramiento por parte de aquella del acaecimiento del mismo, previó que el fenecimiento de dicha acción sólo podía producirse por aplicación de la mencionada prescripción extraordinaria, contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio. La elocuencia del artículo 1131 no deja espacio para la duda o hesitación, tanto que, *expressis verbis*, aludió a la expresión "... fecha a partir", lo que denota un comienzo, o sea el inicio del decurso prescriptivo, para nada ligado a consideraciones subjetivas, el cual es exclusivo para gobernar la prescripción de las acciones de la víctima, queriendo significar con ello que no es conducente adicionarle otro, esto es el asignado para el régimen ordinario (art. 1081 del C. de Co.), también en forma privativa, en la medida en que ello sería tanto como mezclar componentes antinómicos. O se tiene en cuenta el conocimiento, o no se tiene, desde luego con arreglo a criterios y a una hermenéutica fiable y, sobre todo, respetuosa del espíritu de la normatividad y no sólo de su letra, así ella sea dicente. De ahí que entre los criterios 'conocimiento'(art. 1081, segundo inciso, ib.) y 'acaecimiento'(art. 1131 ib.), media una profunda diferencia. Al fin y al cabo, conocer es "averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. 2. Entender, advertir, saber, echar de ver. 3. Percibir...", al paso que acaecimiento es "cosa que sucede" y acaecer "suceder (efectuarse un hecho)", según lo establece el Diccionario de la Lengua Española.

En apretada síntesis de lo dicho, conocer es entonces un plus, una exigencia adicional, un agregado *ex lege* que el ordenamiento comercial no efectuó, en razón de que le otorgó efectos prescriptivos al acaecimiento o materialización del "...hecho externo imputable al asegurado". Nada más.2 (...)"

Así las cosas, tenemos que cualquier tipo de acción que pueda derivarse del contrato de seguros de Responsabilidad Civil contractual, se encuentra prescrita, toda vez que, desde la fecha de ocurrencia de los hechos o fecha en que nació el respectivo derecho según como lo estable el propio demandante (26 de enero de 2016), y/o la fecha que se realizó el llamamiento en garantía por parte de ASPESALUD a mi representada que fue 10 de abril de 2018, a la fecha de notificación de mi representada 18 de diciembre de 2020, ya habían transcurrido más de 2 años, lo que significa que operó el fenómeno de la prescripción ordinaria y extraordinaria extintiva de la acción contra la aseguradora.

Por lo anterior solicito muy respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

8. CUALESQUIERA OTRAS EXCEPCIONES PERENTORIAS QUE SE DERIVEN DE LA LEY O DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL INVOCADA COMO FUNDAMENTO DE LA CITACIÓN INCLUIDA LA DE PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO, SIN QUE IMPLIQUE RECONOCIMIENTO ALGUNO DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE MI PROHIJADA.

PRUEBAS

DOCUMENTALES

- Copia de la póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. **1002174** y sus anexos de renovación.
- Condiciones generales de la póliza de Seguro de Responsabilidad Civil

INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito que se cite a los demandantes para que absuelvan el interrogatorio de parte que les formulare sobre los hechos de la demanda. Dicho interrogatorio se hará en forma verbal o escrita en sobre cerrado que haré llegar al despacho en su oportunidad. El demandante podrá ser citado en el domicilio que aparece en el acápite de notificaciones del escrito de demanda.

RATIFICACIÓN

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 262 de la ley 1564 de 2012, solicito la ratificación de todos los documentos aportados que provengan de terceros vale decir, facturas, comprobantes de pago, recibo de pago y certificaciones.

Además, coadyuvo las pruebas solicitadas por la parte demandada en el escrito de contestación de la demanda.

ANEXOS

- Los anunciados en el acápite de prueba documental.
- Poder para actuar.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia S.A.

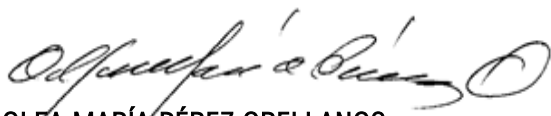
NOTIFICACIONES

Las que aparecen en el expediente, para los demandantes y demandados.

La llamada en garantía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá ser notificada en la Calle 57 No. 9 – 07, piso 4, de la ciudad de Bogotá.

La suscrita apoderada de la llamada en garantía podrá ser notificada en su despacho o en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. A2 de la ciudad de Barranquilla o a través del correo electrónico: operez@ompabogados.com

Del señor Juez, respetuosamente,



OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS
C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd
T.P. No. 23.817 del C.S.J.
HAAF

Bogotá D.C.

Señores

**JUZGADO SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
RIOHACHA – LA GUAJIRA**

j02admctorioha@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: REPARACION DIRECTA
Demandante: LEONOR MERCEDES REDONDO PUERTA
Demandado: HOSPITAL SANTO TOMAS DE VILLANUEVA
Radicado: 44 001 33 33 751-2016 00106 00

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1014.214.701 de Bogotá D.C, mayor de edad y vecino de Bogotá, actuando en mi condición de representante legal 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 en Bogotá D.C., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada **OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Barranquilla, identificada con cedula de ciudadanía No. 39.006.745 de El Banco - Magdalena, abogada en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 23817 del C. S. de la J., para que, en el proceso de la referencia, se notifique, actúe como apoderado judicial de la Compañía.

Solicito reconocer personería al mandatario para los fines de la gestión encomendada en los términos del Artículo 77 de Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de transigir y desistir están sujetas a la autorización previa de la Vicepresidencia Jurídica y la facultad de conciliar a la decisión que adopte el Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Compañía.

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS puede ser notificada al correo electrónico notificacionesjudiciales@previsora.gov.co y nuestra apoderada, la Doctora OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS al correo electrónico operez@ompabogados.com

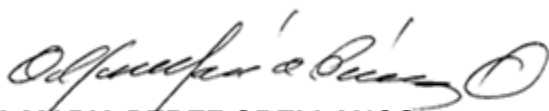
Atentamente,

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ

C.C. 1014214701

Representante Legal.

Acepto



OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS

C.C. No 39.006.745 El Banco – Magd.

T.P. No 23.817 del C.S. de la J.

LITISOFT 28652 –

Revisó: Alexandra Moscoso -15/01/2021

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8775483686463623

Generado el 12 de enero de 2021 a las 09:17:43

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999). Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 2146 del 06 de agosto de 1954 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, , sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999).

Escritura Pública No 0144 del 01 de febrero de 1999 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Adicionada por Escritura Pública 373 del 2 de marzo de 1999, de la Notaría 10ª de Santafé de Bogotá D.C., se protocolizó el acuerdo de fusión, mediante el cual LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS absorbe a SEGUROS TEQUENDAMA S.A., quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 0431 del 05 de marzo de 2004 de la Notaría 22 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 514 del 26 de agosto de 1954

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente agente directo del Presidente de la República, de su libre nombramiento y remoción y representante legal de la sociedad. - **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES.** Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía a) Formular la política general de la compañía, el modelo integrado de planeación y gestión y los planes y programas, de conformidad con la ley y bajo las directrices de la Junta Directiva b) Orientar y dirigir los planes y programas que debe desarrollar la compañía según su objeto, las directrices de la Asamblea de Accionistas y de la Junta Directiva y las políticas de Gobierno Nacional c) Impartir directrices para la ejecución de las actividades comerciales de la compañía d) Ejercer la representación legal de la compañía e) Constituir mandatarios que representen a la compañía en los asuntos judiciales y extrajudiciales f) Presentar los estados financieros a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva en los plazos y términos señalados en la ley y los Estatutos g) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo con lo señalado en los Estatutos y en las demás normas que regulen la materia h) Proponer a la Junta Directiva los proyectos de organización interna, escalas salariales y planta de personal de los trabajadores oficiales i) Vincular a los trabajadores de la compañía de acuerdo con las leyes laborales y el procedimiento señalado en los Estatutos y demás normas, salvo al Jefe de Control Interno cuya nominación corresponde al Presidente de la República j) Someter a aprobación de la Junta, Directiva el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos de la compañía de acuerdo con lo señalado en la ley y en los Estatutos de la compañía k) Ordenar los gastos con cargo al presupuesto de la compañía, de acuerdo con las normas sobre la materia l) Celebrar los contratos que requiera la compañía para su normal funcionamiento de conformidad con las disposiciones legales vigentes m) Ejercer el control administrativo sobre la ejecución del presupuesto de la compañía n) Conocer y fallar en

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8775483686463623

Generado el 12 de enero de 2021 a las 09:17:43

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

segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten contra los trabajadores y ex trabajadores de la compañía ñ) Adoptar el Reglamento Interno de Trabajo, los manuales de políticas, procesos y procedimientos y los necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la compañía o) Dirigir la implementación del Sistema de Gestión Integral, garantizar el ejercicio de control interno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones p) Delegar previa autorización de la Junta Directiva alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los Vicepresidentes, Secretaría General, Gerentes de Casa Matriz y de Sucursales y/o en otros cargos de manejo y confianza q) Crear los grupos internos de trabajo que se requieran, según las necesidades de la compañía y determinar sus funciones para optimizar el funcionamiento de la Entidad r) Las demás funciones que le señale la ley, los Estatutos, la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y las demás disposiciones que le sean aplicables. (Escritura Pública No. 0973 del 12 de abril de 2018, Notaría 6ª. De Bogotá D.C.) La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Estos funcionarios tendrán en el ejercicio de sus funciones la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. La sociedad tendrá un Secretario General designado por la Junta Directiva a cuyo cargo estará la función de actuar como secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva de la compañía. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. (Escritura Pública 2157 del 11 de octubre de 2004 Notaría 22 de Bogotá D.C.). Que además de los órganos de dirección y administración descritos en el artículo 29 de los Estatutos Sociales y de conformidad con lo enunciado en el artículo primero del Decreto 1808 de 2017 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS cuenta con los siguientes órganos: Secretaría General; seis (6) Vicepresidencias, a saber; Técnica, Comercial, Indemnizaciones, Financiera, Jurídica, y Desarrollo Corporativo; Gerencias de Sucursales; Gerencias de Casa Matriz Subgerencias de Casa Matriz y Sucursal y Oficinas de Casa Matriz (Escritura Pública 1119 del 30 de abril de 2018 Notaría 5 de Bogotá). ARTICULO 59. DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES: La sociedad tendrá los Gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente y que la Junta Directiva apruebe, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de estos, participar en procesos de contratación directa, concursos e invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera jurídica de seguros y comercial, de conformidad con las facultades que le sean delegadas. Los Subgerentes de sucursal serán suplentes de sus correspondientes Gerentes. En aquellas sucursales en las cuales no existe el cargo de Subgerente de sucursal, será designado otro funcionario como suplente del Gerente. De igual manera y de conformidad con lo indicado en el Decreto 1808 de 2017 y la Resolución No. 026 - 17, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así. VICEPRESIDENTE JURIDICO; GERENTE DE PROCESOS JUDICIALES; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercerán la representación legal, judicial y extrajudicial de la compañía en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. GERENTE DE TALENTO HUMANO, SUBGERENTE DE ADMINISTRACION DE PERSONAL: Ejercerán como representante legal de la compañía en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera, GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMOVILES, GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercerán la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte de la compañía. Así mismo, representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas por siniestros con la facultad de conciliar y transar en los términos autorizados por el comité de Defensa Judicial y Conciliación SUBGERENTE DE RECOBROS Y SALVAMENTOS Representa a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial, SUBGERENTE DE LITIGIOS, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMNISTRATIVOS Representaran a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar, GERENTE JURIDICO Ejercerá por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía. (Escritura Pública No. 0973 del 12 de abril de 2018, Notaría 6ª. De Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Hernán Vélez Millán	CC - 6357600	Presidente

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



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8775483686463623

Generado el 12 de enero de 2021 a las 09:17:43

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Fecha de inicio del cargo: 07/07/2020		
Benjamín Galán Otálora	CC - 80425713	Vicepresidente Financiero
Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018		
Clara Inés Montoya Ruíz	CC - 42897622	Vicepresidente Comercial
Fecha de inicio del cargo: 27/12/2018		
Sonia Beatriz Jaramillo Sarmiento	CC - 39685533	Secretario General (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020298204-000 del día 11 de diciembre de 2020, que con documento del 23 de septiembre de 2020 renunció al cargo de Secretario General y fue aceptada por la Junta Directiva en Acta 1137 del 28 de octubre de 2020. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Fecha de inicio del cargo: 05/09/2019		
María Elvira Mac-douall Lombana	CC - 39688259	Vicepresidente Técnica
Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019		
Gloria Lucia Suarez Duque	CC - 52620196	Vicepresidente Jurídico Encargado
Fecha de inicio del cargo: 10/10/2020		
Ivan Mauricio Panesso Alvear	CC - 94400710	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		
Sandra Patricia Pedroza Velasco	CC - 51995365	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones SOAT, Vida y Accidentes Personales
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		
José Bernardo Alemán Cabana	CC - 79672347	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro
Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018		
Paola Andrea Gómez Mesa	CC - 52266729	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		
Adriana Orjuela Martínez	CC - 51981720	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8775483686463623

Generado el 12 de enero de 2021 a las 09:17:43

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Adriana Diaz Caceres Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 52101724	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Norte
Edilberto Pineda Granja Fecha de inicio del cargo: 16/07/2020	CC - 79455579	Vicepresidente de Desarrollo Corporativo Encargado
Gloria Lucia Suarez Duque Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018	CC - 52620196	Vicepresidente de Indemnizaciones
Gina Patricia Cortes Paez Fecha de inicio del cargo: 11/12/2018	CC - 33703256	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Procesos Judiciales
Leidy Johanna Sandoval Moreno Fecha de inicio del cargo: 11/12/2020	CC - 52962592	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en calidad de Gerente Jurídico
Olga Lucía Murgueitio Bustos Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 52095575	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Generales y Patrimoniales
Luz Mery Naranajo Cárdenas Fecha de inicio del cargo: 20/09/2018	CC - 39544204	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal
Carlos Javier Guillén González Fecha de inicio del cargo: 11/07/2019	CC - 1010181959	Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos
Daniela Sánchez Polanco Fecha de inicio del cargo: 04/10/2018	CC - 38144988	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en calidad de Gerente de Talento Humano (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020221938-000 del día 14 de septiembre de 2020, que con documento del 7 de julio de 2020 renunció al cargo de Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en calidad de Gerente de Talento Humano y fue aceptada por la Junta Directiva en Acta 1133 del 30 de julio de 2020. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8775483686463623

Generado el 12 de enero de 2021 a las 09:17:43

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

NOMBRE

Joan Sebastián Hernández Ordoñez
Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019

IDENTIFICACIÓN

CC - 1014214701

CARGO

Representante Legal Judicial y
Administrativo en Calidad de
Subgerente de Litigios

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Agrícola, (con Circular Externa 008 del 21 de abril de 2015 se incorpora este ramo, en el ramo de Seguro Agropecuario. Así las cosas, el ramo de seguro Agropecuario estará conformado por los ramos Agrícola, semovientes, así como otros relacionados con recursos naturales, vegetales y animales), automóviles, aviación, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, pensiones, salud, y vida grupo.

Resolución S.B. No 665 del 01 de julio de 1997 desempleo

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.F.C. No 1457 del 30 de agosto de 2011 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. compañía de Seguros para operar los ramos de Seguro Colectivo de Vida y Salud

Resolución S.F.C. No 1003 del 10 de agosto de 2018 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para operar el ramo de Seguros de Pensiones, hoy denominado Seguros de Pensiones Voluntarias

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



Holger Alfonso (OMP Abogados)

De: Enrique Vergara (OMP Abogados)
Enviado el: miércoles, 20 de enero de 2021 8:41 a. m.
Para: María José Torrado (OMP Abogados)
Asunto: RV: PODER - LEONOR MERCEDES REONDO PUERTA VS. HOSPITAL SANTO TOMAS DE VILLANUEVA - LT 28652 - RAD 2016 00106
Datos adjuntos: 28652 PODER TIPO PROCESO JUDICIAL.docx; CERTIFICADO SUPERFINANCIERA.pdf

Atentamente,

ENRIQUE VERGARA ROPAIN

COORDINADOR OPERATIVO DE PROCESOS JUDICIALES

OMP | Abogados

Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B 4 Piso 2

Teléfono: (+57 5) 3606945 Celular: (+57) 3057989608

Correo Electrónico: Evergara@ompabogados.com

Barranquilla, Colombia

De: Olfa Perez (OMP Abogados) <operez@ompabogados.com>
Enviado el: martes, 19 de enero de 2021 5:49 p. m.
Para: Enrique Vergara (OMP Abogados) <evergara@ompabogados.com>
Asunto: Fwd: PODER - LEONOR MERCEDES REONDO PUERTA VS. HOSPITAL SANTO TOMAS DE VILLANUEVA - LT 28652 - RAD 2016 00106

Enviado desde mi iPhone

Inicio del mensaje reenviado:

De: NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>
Fecha: 19 de enero de 2021 a las 4:02:31 p. m. COT
Para: j02admctorioha@cendoj.ramajudicial.gov.co, "Olfa Perez (OMP Abogados)" <operez@ompabogados.com>
Cc: ALEXANDRA MOSCOSO <alexandra.moscoso@previsora.gov.co>, JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ <joan.hernandez@previsora.gov.co>
Asunto: PODER - LEONOR MERCEDES REONDO PUERTA VS. HOSPITAL SANTO TOMAS DE VILLANUEVA - LT 28652 - RAD 2016 00106

Respetado doctor,

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 806 de 2020, los artículos 73 y siguientes del Código General del proceso y todas aquellas normas concordantes, se le otorga a usted poder en los términos que a continuación se disponen.

Este correo electrónico es enviado por el Representante Legal, Judicial y Extrajudicial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros desde la cuenta de correo electrónico de notificaciones judiciales, tal y como se prueba en los Certificados de Existencia y Representación Legal expedidos por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Cámara de Comercio de Bogotá.

Bogotá D.C.

Señores

**JUZGADO SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
RIOHACHA – LA GUAJIRA**

j02admctorioha@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia: REPARACION DIRECTA
Demandante: LEONOR MERCEDES REDONDO PUERTA
Demandado: HOSPITAL SANTO TOMAS DE VILLANUEVA
Radicado: 44 001 33 33 751-2016 00106 00

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1014.214.701 de Bogotá D.C, mayor de edad y vecino de Bogotá, actuando en mi condición de representante legal 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 en Bogotá D.C., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Barranquilla, identificada con cedula de ciudadanía No. 39.006.745 de El Banco - Magdalena, abogada en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 23817 del C. S. de la J., para que, en el proceso de la referencia, se notifique, actúe como apoderado judicial de la Compañía.

Solicito reconocer personería al mandatario para los fines de la gestión encomendada en los términos del Artículo 77 de Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de transigir y desistir están sujetas a la autorización previa de la Vicepresidencia Jurídica y la facultad de conciliar a la decisión que adopte el Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Compañía.

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS puede ser notificada al correo electrónico notificacionesjudiciales@previsora.gov.co y nuestra apoderada, la Doctora OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS al correo electrónico operez@ompabogados.com

Atentamente,

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ

C.C. 1014214701

Representante Legal.

Acepto

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS
C.C. No 39.006.745 El Banco – Magd.
T.P. No 23.817 del C.S. de la J.

LITISOFT 28652 –
Revisó: Alexandra Moscoso -15/01/2021



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 30 MES 6 AÑO 2015	CERTIFICADO DE RENOVACION	N° CERTIFICADO 1	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO
TOMADOR 3553002-ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y EJE DIRECCIÓN				NIT 900.476.121-0 TELÉFONO	
ASEGURADO 3553002-ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y EJE DIRECCIÓN CL 16 15 71 OF 309, VALLEDUPAR, CESAR				NIT 900.476.121-0 TELÉFONO 5802626	
EMITIDO EN BARRANQUILLA	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN		VIGENCIA
MONEDA Pesos			DÍA	MES	AÑO
TIPO CAMBIO 1.00	3502	35	30	6	2015
			27	6	2015
			00:00		
			27	6	2016
			00:00		
			366		
CARGAR A: ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y EJE			FORMA DE PAGO EJE24. CREDIVALORES		VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 750,000,000.00

Riesgo: 1 -
CL 16 15 71, VALLEDUPAR, CESAR

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	750,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	750,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	750,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	750,000,000.00	SI	7,500,000.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	750,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	75,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	37,500,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	75,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOS

Documento
NIT 0100010

Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

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	\$****7,500,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$***1,200,000.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$***8,700,000.00

Somos Grandes Contribuyentes según resolución no. 012635 del 14 de diciembre de 2018. 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.

29/01/2021 09:16:26

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3675	2	ASTRID OSPINO COTES	

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1002174 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

POR SOLICITUD DEL TOMADOR, SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: ASPESALUD
NIT: 900.476.121-0
DIRECCIÓN: CALLE 16 No 15-71 OFIC 309 VALLEDUPAR

ASEGURADOS: ASPESALUD
NIT: 900.476.121-0
DIRECCIÓN: CALLE 16 No 15-71 OFIC 309 VALLEDUPAR

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: VALLEDUPAR-CESAR

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: SINDICATO DE GREMIO

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-3

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora seguros sin que existan periodos de interrupción

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$750.000.000 evento / vigencia

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 \$5.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 10% por evento y 20% en el agregado anual. 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% 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 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, 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, sublimitado a 40% evento / el agregado anual

AMPAROS

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1002174 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

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 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 "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.
 - 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

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1002174 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

1

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.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 30 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. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
 6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 7. Se entienden automáticamente amprados los contratos que el cliente suscriba durante la vigencia de la presente póliza, siempre y cuando estos tengan relación con su actividad, no superen la vigencia de la póliza y el limite asegurado otorgado; en caso contrario, deberá informarnos para realizar los ajustes a que haya lugar.
 8. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1002174 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

9. 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.

10. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado

11. 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

IDENTIFICACION DEL PAGO

POLIZA No. 1002174

CERTIFICADO No. 1



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

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

Ramo

RESPONSABILIDAD CIVIL

Sucursal

VIRTUAL BARRANQUILLA

Valor Prima

\$7,500,000.00

Valor IVA

\$1,200,000.00

Tomador

3553002 - ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y E

F. Pago

31/08/2015

Gastos

\$*****0.00

Valor Prima

\$***7,500,000.00

Valor IVA

\$***1,200,000.00

F. Pago

Gastos

Valor Prima

Valor IVA

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: 24. CREDIVALORES



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

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y EJE

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 \$ 8,700,000.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	31/08/2015	\$*****0.00	\$***7,500,000.00	\$***1,200,000.00					

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
1002174	RESPONSABILIDAD CIVIL	1	\$*750,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de BARRANQUILLA a los 30 días del mes de JUNIO de 2015

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA, 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



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 30 MES 6 AÑO 2015	CERTIFICADO DE RENOVACION	N° CERTIFICADO 1	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO
TOMADOR 3553002-ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y EJE DIRECCIÓN				NIT 900.476.121-0 TELÉFONO	
ASEGURADO 3553002-ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y EJE DIRECCIÓN CL 16 15 71 OF 309, VALLEDUPAR, CESAR				NIT 900.476.121-0 TELÉFONO 5802626	
EMITIDO EN BARRANQUILLA	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN		VIGENCIA
MONEDA Pesos			DÍA	MES	AÑO
TIPO CAMBIO 1.00	3502	35	30	6	2015
			27	6	2015
			00:00		
			27	6	2016
			00:00		
			366		
CARGAR A: ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y EJE			FORMA DE PAGO EJE24. CREDIVALORES		VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 750,000,000.00

Riesgo: 1 -
CL 16 15 71, VALLEDUPAR, CESAR

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	750,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	750,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	750,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	750,000,000.00	SI	7,500,000.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	750,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	75,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	37,500,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	75,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOS

Documento
NIT 0100010

Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

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	\$****7,500,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$***1,200,000.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$***8,700,000.00

Somos Grandes Contribuyentes según resolución no. 012635 del 14 de diciembre de 2018. 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.

29/01/2021 09:16:26

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3675	2	ASTRID OSPINO COTES	

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1002174 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

POR SOLICITUD DEL TOMADOR, SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: ASPESALUD
NIT: 900.476.121-0
DIRECCIÓN: CALLE 16 No 15-71 OFIC 309 VALLEDUPAR

ASEGURADOS: ASPESALUD
NIT: 900.476.121-0
DIRECCIÓN: CALLE 16 No 15-71 OFIC 309 VALLEDUPAR

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: VALLEDUPAR-CESAR

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: SINDICATO DE GREMIO

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-3

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora seguros sin que existan periodos de interrupción

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$750.000.000 evento / vigencia

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 \$5.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 10% por evento y 20% en el agregado anual. 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% 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 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, 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, sublimitado a 40% evento / el agregado anual

AMPAROS

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1002174 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

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 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 "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.
 - 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

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1002174 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

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.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 30 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. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
 6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 7. Se entienden automáticamente amprados los contratos que el cliente suscriba durante la vigencia de la presente póliza, siempre y cuando estos tengan relación con su actividad, no superen la vigencia de la póliza y el limite asegurado otorgado; en caso contrario, deberá informarnos para realizar los ajustes a que haya lugar.
 8. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1002174 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

9. 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.

10. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado

11. 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

IDENTIFICACION DEL PAGO

POLIZA No. 1002174

CERTIFICADO No. 1



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

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

Ramo

RESPONSABILIDAD CIVIL

Sucursal

VIRTUAL BARRANQUILLA

Valor Prima

\$7,500,000.00

Valor IVA

\$1,200,000.00

Tomador

3553002 - ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y E

F. Pago

31/08/2015

Gastos

\$*****0.00

Valor Prima

\$***7,500,000.00

Valor IVA

\$***1,200,000.00

F. Pago

Gastos

Valor Prima

Valor IVA

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: 24. CREDIVALORES



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

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y ASPESALUD ASOCIACION SINDICAL DE PROFESIONALES MEDICOS Y EJE

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 \$ 8,700,000.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	31/08/2015	\$*****0.00	\$***7,500,000.00	\$***1,200,000.00					

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
1002174	RESPONSABILIDAD CIVIL	1	\$*750,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de BARRANQUILLA a los 30 días del mes de JUNIO de 2015

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA, 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

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIONES GENERALES

LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, que en lo sucesivo se denominará **PREVISORA**, en consideración a que el Tomador ha presentado una solicitud de seguro, la cual forma parte integrante de esta póliza, ampara la Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado, con sujeción a los términos y Condiciones Generales y Particulares previstos a continuación:

CONDICIÓN PRIMERA

AMPAROS

AMPAROS CUBIERTOS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A 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 EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).
- b) **PREVISORA** SE OBLIGA A 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 MEDICO", 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 a) ANTERIOR. 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.
- 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.

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA 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.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA 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 TALE 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.

A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:

- 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
- 2) 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 ESTE.
- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUS DEPENDIENTES;
- 4) 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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MEDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.
- 1.3 **PREVISORA** SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE **PREVISORA** POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL.
- 1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.
- 1.5 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 DESPUÉS DE LA FECHA, DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
- c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL

- ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:
- 2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS**
- 2.1 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.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 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 PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 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 **PREVISORA** EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 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, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 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.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- 2.9 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.
- 2.10 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.
- 2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 2.12 TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.13 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/O HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHS ACTOS MÉDICOS.
- 2.14 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.
- 2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
- 2.16 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.
- 2.17 CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO

- MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
- 2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- 2.19 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.
- 2.20 "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 LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.
- 2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL 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.
- 2.22 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.
- LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.
- 2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL “PACIENTE”.
- 2.27 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.
- 2.28 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.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 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.
- 2.34 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.
- 2.35 “ACTOS MÉDICOS” O “EVENTOS” OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS

SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA 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.
- 2.38 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.
- 2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
- 2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:
 - a) 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.
 - b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
 - c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.

ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

CONDICIÓN SEGUNDA

GARANTÍAS DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

NOTA: El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se de por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del Código de Comercio, lo siguiente:

1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:
 - a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas pertinentes, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
 - b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnésis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
 - c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto

lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 **MINSALUD**)
- e) Entregar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por el Asegurador, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.
- f) Colaborar con el Asegurador, o al representante nombrado por el Asegurador, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.
- g) Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo “reclamo” o litigio.
- h) Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- i) Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o “indemnización” sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- l) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de “pacientes”, elaborando en forma prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.
- m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de inmediata o de no inmediata, en cuyo caso:
- **PREVISORA** y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.
- El Asegurado entregará a **PREVISORA** un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.
- El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de inmediatas.
- El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

CONDICIÓN TERCERA

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada indicada en la (s) Condición(es) Particular(es) (Nº) 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 descriptos a continuación:

- a) **Límite de Cobertura por Acto Médico:** **PREVISORA** será responsable por el pago de los reclamos o sentencias judiciales relacionados con reclamos cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares como límite de cobertura por acto médico. Dicho límite comprende la responsabilidad máxima del Asegurador en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por 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 resultaren varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico 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
 - 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, **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 efecturen 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.

CONDICIÓN CUARTA

DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en las Condiciones Particulares con respecto a cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza por el/los daño(s) a tercero(s).

PREVISORA responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del Asegurado.

CONDICIÓN QUINTA

PERSONAS ASEGURADAS

- a) Se considerará como “Asegurado” al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto de los antecedentes, prácticas, tipo de organización, instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de Solicitud de Seguro.

Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.

- b) También se consideran como Asegurado las siguientes personas:
 - Los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe del cuerpo médico) o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones **netamente médico - administrativas para la institución asegurada**.
 - Las personas que sean miembros o que presten servicios para juntas o comités establecidos por la institución asegurada; por ejemplo juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.
 - Los empleados y trabajadores voluntarios.

NOTA: No se considerará como “Asegurado” a ningún profesional de la salud ya sea interno, externo, residente, voluntario, temporario, empleado, contratado, en relación de dependencia o no, por ningún “acto médico” prestado o dejado de prestar a ningún “paciente” dentro o fuera de la institución asegurada.

La presente póliza se podrá extender a cubrir la Responsabilidad Civil profesional propia de los profesionales de la salud empleados bajo relación laboral por el Asegurado, previo consentimiento y aprobación del Asegurador, el cual emitirá un endoso especial, siempre y cuando se declare y aparezca el nombre y especialidad del profesional en una relación que se adhiere a esta póliza, formando parte integral de la misma, y previo pago de la prima correspondiente.

Cuando esta póliza se extendiere a cubrir la Responsabilidad Civil Profesional de los profesionales de la salud bajo las condiciones arriba descritas, quedará entendido y convenido que dicha extensión operará única y exclusivamente para el ejercicio de la profesión médica y/u odontológica dentro de los predios de la institución asegurada por esta póliza.

CONDICIÓN SEXTA

PRIMA

La prima en concepto de esta póliza será calculada con base anual o la fracción correspondiente al plazo de cobertura solicitada.

CONDICIÓN SÉPTIMA

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

El Asegurado deberá notificar a **PREVISORA**, o a su representante nombrado en las Condiciones Particulares, cualquier acontecimiento adverso que, según su conocimiento, pudiera derivar en un reclamo, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 48 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

- 1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico;
- 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.

Todo lo anterior sujeto a las normas de prescripción contempladas en el código de comercio

CONDICIÓN OCTAVA

DENUNCIA DE “RECLAMOS”

El Asegurado se obliga a notificar a **PREVISORA**, por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado haya sido informado de tal reclamo.

La notificación escrita para **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

Ocurrido un evento que pudiera dar lugar a una reclamación bajo esta póliza, el asegurado estará obligado, de acuerdo con las normas, obligaciones y deberes de la profesión médica, a proveer los medios necesarios para salvaguardar la salud y la vida del paciente.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN NOVENA

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido, siempre que el reclamo y la notificación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

La Extensión del Período para Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

El anexo 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** dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el anexo de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho anexo no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

Para los términos de este contrato, el Asegurado podrá contratar un anexo para la Extensión del Período para Reclamos en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, por una suma adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se termine automáticamente por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la adquisición de tal anexo.

A fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud a **PREVISORA**, dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- Pagar de contado la prima correspondiente.

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

- No podrá negarse a emitir el anexo.
- No podrá cancelarlo una vez emitido.
- 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 anexo, **PREVISORA** quedará liberada de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, para los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no adquirir el anexo, o pierde el derecho para hacerlo, **PREVISORA** no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada. Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de solicitud del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, la prima del endoso no excederá el 150% de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente a **PREVISORA** de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la notificación, y estará obligado a remitir simultáneamente a **PREVISORA** la póliza y todos los documentos que pertenezcan a dicha notificación.

El Asegurado está obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba de que disponga, y a otorgar en favor de los profesionales designados el poder para el ejercicio de la representación judicial, entregando el respectivo documento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda, y a cumplir con los actos procesales que las leyes le impongan.

En el evento en que el asegurado sea directamente demandado por el tercero afectado, el asegurado deberá asumir la defensa y suministrarle a **PREVISORA**, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su citación en garantía.

PREVISORA no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del asegurado. Sin embargo, en caso de que el asegurado rehusara a consentir el acuerdo propuesto por **PREVISORA** y optara por la continuación de la acción judicial o cualquier otro procedimiento legal relacionado con el reclamo, deberá dejarse por escrito entre **PREVISORA** y el asegurado que la responsabilidad total de **PREVISORA** por dicho siniestro no podrá exceder el monto por el cual el reclamo hubiese sido conciliado, incluyendo los gastos, costos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo por parte del asegurado.

a) Medidas Precautelativas: Si se dispusiesen medidas precautelativas sobre bienes del

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

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 riego, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual **PREVISORA** tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

El contrato de 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 días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **PREVISORA**. En todo caso las partes sujeta a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

El asegurado y/o los beneficiarios perderán en forma total los derechos que se deriven de esta póliza en los siguientes casos:

- a) Cuando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.
- b) Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.
- c) Cuando se renuncie a los derechos contra quien sea responsable del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las controversias que eventualmente puedan surgir entre **PREVISORA** y el asegurado por razón de la celebración, ejecución terminación del contrato de seguro, serán sometidas a la decisión de un tribunal de arbitramento que será nombrado y actuará de acuerdo con lo establecido en el decreto 1818 de 1998 y demás normas vigentes que rigen la materia, el domicilio será Bogotá.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

PREVISORA podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la presentación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

El informe del o de los expertos no comprometerá a **PREVISORA** a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que **PREVISORA** pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

Asegurado, éste no podrá exigir que **PREVISORA** las sustituya.

b) “Costas, gastos, intereses y honorarios”: **PREVISORA** asume a su cargo, el pago de las costas judiciales, intereses en causa civil, y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para oponerse a las pretensiones del tercero, en demandas infundadas o no, sin embargo, cualquiera que fuese el resultado del litigio, el monto de dicho concepto no podrá superar el 100% de la suma asegurada, o del sublímite el excedente quedará a cargo del asegurado.

c) Opción del Asegurador: En cualquier momento, **PREVISORA**, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte de **PREVISORA** en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito judicial de la Suma Asegurada, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual **PREVISORA** quedará liberado de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del(de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

PROCESO PENAL

Si se promoviese proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el Asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción.

PREVISORA podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

Queda claramente establecido que el Asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

SUBROGACIÓN

En caso de “reclamo” bajo esta póliza, PREVISORA se subrogará en todos los derechos contra un tercero que correspondan al Asegurado, y éste ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos necesarios para garantizar tales derechos.

A petición PREVISORA, el asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por PREVISORA, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. En los términos previstos en el Artículo 1058 del Código del Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

Sin perjuicio de cualquiera de las disposiciones contenidas en la presente póliza, PREVISORA se compromete a investigar las cuestiones inherentes a la responsabilidad y a pagar toda indemnización por daños que el asegurado tenga la obligación legal de pagar y, asimismo defender todo reclamo que corresponda bajo las condiciones de la presente póliza.

En caso de reclamo contra un asegurado – ya sea judicial o extrajudicial – si un acuerdo transaccional propuesto por PREVISORA a un reclamante, y que este último esta dispuesto a aceptar, no pudiere concretarse por oposición del Asegurado, en el supuesto de dictarse a posteriori sentencia condenatoria por una suma superior a la del acuerdo frustrado, será exclusivo cargo del Asegurado la diferencia entre el monto de ésta y aquél así como los intereses y las costas que se devenguen con posterioridad a la fecha de la oposición.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, PREVISORA podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable



o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el reclamo. Luego de ello, PREVISORA abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- 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.
- 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 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado contara con otra póliza o pólizas de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1092 del Código del Comercio.

El asegurado deberá informar por escrito a PREVISORA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de los diez días a partir de su celebración. La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

CESIÓN DE DERECHOS

El Asegurado no podrá ceder a terceros los derechos y/o beneficios que le son otorgados por la presente póliza.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Todas las modificaciones y/o desistimientos y/o renunciaciones a los derechos y/o beneficios de la presente póliza serán efectuados solamente por medio de anexo emitido, debidamente firmado por un representante autorizado por PREVISORA. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

DEFINICIONES

- a) **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.

A los 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 por el Asegurado.
- b) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- c) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- d) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por PREVISORA 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. También se incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como en caso de ser condenado a pagar en juicio.
- 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 PREVISORA. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.
- f) **Indemnización:** Compensación al Asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico, y la cual no puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos



médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.

- h) **Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un “acto médico” y/o “evento”.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

- Agravación del Riesgo

El Asegurado o el tomador según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud uno u otro deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso primero del artículo 1058(reticencia del asegurado) signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de 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 10 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 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 solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a PREVISORA a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto a los amparos accesorios a menos de convención en contrario, ni cuando PREVISORA haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella. En los términos establecidos en el Artículo 1060 del Código de Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

Se dejan expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

- 1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



2. Hechos de Guerra Civil: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

3. Hechos de Rebelión: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el Gobierno Nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

4. Hechos de Sedición y Motín: Se entienden por tales los hechos dañosos mediante el empleo de las ramas que pretendan impedir transitoriamente el libre funcionamiento del régimen constitucional o legal vigentes.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como asonada y conmoción civil.

5. Asonada: Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultaria para exigir violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

Se entienden equivalentes a asonada otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

6. Hechos de Vandalismo o Conmoción Popular: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

7. Hechos de Guerrilla: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

8. Hechos de Terrorismo: Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la

libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.

No se consideran como hechos de terrorismo aquellos hechos aislados y esporádicos de delincuencia común.

9. Hechos de Huelga: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

10. Hechos de Lock out: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

- a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
- b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11. Otros Hechos (1): Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos hechos descritos bajo esta cláusula, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo o malevolencia popular, de guerrilla, de terrorismo o de huelga o de lock out.

12. Otros Hechos (2): Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descritos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

13. Notificaciones – Domicilio: Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en esta póliza, se hace por escrito y es prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

Se exceptúa la obligación de comunicación escrita, la que se refiere el aviso de siniestro al Asegurador por parte del Asegurado, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 1075 del Código de Comercio.