



LASPRILLA & CRUZ ABOGADOS ASOCIADOS S.A.S

463-24-18

Nit.900.708.605-0

Señor

JUEZ SEGUNDO ADMINISTRATIVO

Buga- Valle

RESPUESTA LLAMADO EN GARANTIA

Ref : Acción de Reparación Directa.
Demandante : Blanca Lucero Parra y Otros
Demandado : Hospital Mario Correa Rengifo
Rubén Cruz Vélez – Tomas Uribe U
Hospital Evaristo García- HUV
Proc. Rad : 2017 00138-00



113 MAR 2019

ORLANDO LASPRILLA VASQUEZ, mayor de edad, con domicilio en esta ciudad de Cali, en la carrera 79B N° 9-18, cédula de ciudadanía # 14'974.403 de Cali, Email olsprilla@gmail.com, abogado titulado portador de la tarjeta profesional # 26.812 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial de La **PREVISORA SA, COMPAÑIA DE SEGUROS**, según poder que se anexa a los autos, dentro del término legal correspondiente, de la manera más respetuosa me permito descender el traslado de **la DEMANDA Y EL LLAMADO EN GARANTÍA**, de la demanda presentada a través de apoderado judicial por La Señora **Blanca Lucero Parra y Otros**, en contra de los Hospitales **RUBEN CRUZ VELEZ, TOMAS URIBE y UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA HUV.-**

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL PRIMERO : No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho relacionados con padecimientos de salud del Señor **Jhon Wilmer Henao**, el día 01 de julio de 2015. con atención inicial en Hospital Rubén Cruz, que La Previsora SA desconoce y por ello deberá ser objeto de prueba conforme lo establece los artículos 164 y 167 del CGP.-

AL SEGUNDA : No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce – que del hecho se establece estaba siendo atendido debidamente. -

AL TERCERO : No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce- que del hecho se establece estaba siendo atendido debidamente. -

AL CUARTO : No me consta debe ser objeto de prueba. – por ser hecho que La Previsora Sa, desconoce, por ser atención suministrada la actor en el Hospital Tomas Uribe de Tuluá, hechos sucedidos el 4 de julio.- en lo que el paciente es sometido a intervención quirúrgica, laparotomía exploratoria.-

AL QUINTO : No me consta debe ser objeto de prueba. – por ser hecho que La Previsora Sa, desconoce; dejando en claro que a la fecha la paciente fue atendida debidamente en el Hospital Tomas Uribe,, tal como se confiesa en el hecho. -

AL SEXTO : No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce- dejando en claro que a la fecha la paciente fue atendido con remisión al Hospital Universitario del Valle HUV, y evaluación clínica desfavorable , tal como se confiesa en el hecho, de fecha 9 de julio de 2015.-

AL SEPTIMO : No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce referido a la atención medica y operatoria del paciente en el HUV.- en la que se refieren atenciones en la HC.-

Siendo importante advertir que siendo 10 de julio, en evaluación por cirugía laparotomía exploratoria, por peritonitis generalizada, por apendicitis perforada, que frente al diagnóstico inicial ello se ratifica o desvirtúa con los exámenes de laboratorio adicionales que se practicaron a la paciente, constituyendo la impresión diagnóstica una evaluación inicial frente a los síntomas del paciente. -

AL OCTAVO : No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce. -

Se deja en claro que la paciente se encontraba en proceso de atención y determinación de su diagnóstico, razones por las cuales los resultados debían interpretarse integralmente, frente a los comentarios del apoderado sin fundamento científico alguno. - dejando en claro, que la atención era debida en el HUV.-

AL NOVENO : No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce; por anotaciones extraídas de la HC.-

Se deja en claro que la paciente, de acuerdo a sus dolencias fue atendido; no correspondiendo los comentarios del apoderado a evaluaciones científicas, pues no se puede suponer tal o cual examen debía realizarse a la paciente, sin fundamento diagnóstico alguno .-

AL DECIMO No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce. - correspondiendo anotaciones extraídas de la HC.- con indicación de nutrición parenteral, sin atención en el HUV.-

AL ONCE No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce.-

Obsérvese frente a los planteamientos del hecho, que el HUV, ante los síntomas del paciente, lo somete a los tratamiento debido del caso, con atención integral, frente al estado del paciente con internamiento en la unidad de cuidados intensivos , con diversos tratamientos y a pesar de ello persiste alto riesgo de muerte.-

AL DOCE No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce se situaciones medicas extraídas de la historia Clínica referidas al estado de gravedad del paciente. Y su posibilidad de muerte.-

AL TRECE Es cierto, respecto de cual se debe dejar en constancia frente a los planteamientos del hecho, que el HUV, a pesar de las atenciones suministradas

al paciente, situación imposible de prever por parte del HUV y menos cuando se atiende debidamente ante situaciones medicas imposibles de proveer.-

AL CATORCE

Hecho que corresponde a anotaciones extraídas de la historia clínica, relacionadas con el tratamiento que se le suministraba al paciente y su riesgo de muerte que efectivamente se sucede el día 01 de Agosto de 2015 en El Hospital Universitario del Valle, Evaristo García HUV.-

AL QUINCE

No corresponde a un hecho, siendo comentarios de orden jurídico y personal que debe ser expuestos en el momento procesal correspondiente, frente a cuales se debe tener en cuenta que la medicina no es una ciencia de resultados, siendo de medio, frente a los cuales se sindicaba de un resultado imposible de prever.-

AL DIECISEIS

No corresponde a un hecho siendo comentarios personales que habrán de exponerse en el momento procesal correspondiente. -

AL DIECISIETE

No me consta debe ser objeto de prueba. Por ser hecho que La Previsora SA desconoce, ello en razón a que no se demuestra debidamente la relación conyugal que el fallecido sostenida con la Señora Claudia P Amaya, y conforme a la Ley 54 de 1990, modificado artículo 2 La Ley 979 de 2005

AL CAPITULO DE LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.

Me opongo que se declare administrativamente y civilmente, al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA HUV**, responsable de los hechos planteados por los demandantes y se condene a pagarles cualquier suma de dinero, por daños, materiales, extrapatrimoniales, puesto que no se puede imputar responsabilidad al ente de Salud, como consecuencia de falla en el servicio, nacida de una actividad propia de la prestación del servicio de Salud, en cual esta sujeto a los riesgos propios de las consecuencias del riesgo consentido en la atención de médica, que obedece a una actividad de medio y no de resultado, cuando media un tratamiento adecuado frente a patologías imposibles de prever y evitar, dado que la muerte del Señor **JHON WILMER HENAO PARRA**, fue resultado de un proceso peritonitis necrotizante, que en

esa condición fue atendido en el HUV, con ingreso a unidad de cuidados intensivos el 9 de julio de 2015, y toda suerte de tratamiento, a pesar de los cuales fallece el 03 de Agosto de 2015, después de esta internado por espacio de 27 días; que se complica por las circunstancias adicionales a una APENDICITIS, que se complica y llega al HUV, con Dx peritonitis, y al fallecimiento presenta paro cardiorrespiratorio, shock hipovolémico infeccioso" que a pesar de su tratamiento en **EL UNIVERSITARIO DEL VALLE**, muere, no como consecuencia de falta de atención sino de un proceso patológico, que a pesar de los tratamiento realizados en el HUV y en los demás Hospitales en que fue atendido.-

Causa imposible, que no pueda ser atribuida al Hospital HUV, demandado, que desde el punto de vista médico atendieron la paciente debidamente, situación de vida que solo obedece a las mismas circunstancias de la vida.-

En consecuencia, no constituye una falla probada del servicio esta clase de situación, en que la muerte del paciente es inevitable, a pesar de las atenciones que se le prodigaron.

Por ello reitero que me opongo por parte del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**, al pago, de cualquier suma de dinero, por perjuicios morales o materiales en razón a que no se le puede endilgar responsabilidad alguna a esta entidad estatal por una presunta falla del servicio, pues lo pretendido por el actor no la constituye. Dado que la medicina no es una ciencia exacta en las que no se pueden predecir resultados, frente a patologías que resultan incontrolables.-

EXCEPCIONES A LA DEMANDA.

Para que sean decididas en la oportunidad procesal, propongo antes usted Señora Juez de Conocimientos, las siguientes excepciones de mérito contra las pretensiones de la demanda:

1º) INEXISTENCIA DE CAUSALIDAD ENTRE EL HECHO Y LA FALLA DEL SERVICIO

Los elementos que jurisprudencialmente estructuran la responsabilidad civil de estado que al denominarse "falla del Servicio" se identifican básicamente en un daño, una conducta, omisiva, activa o irregular, y el nexo de causalidad entre el daño y la conducta.-

En consecuencia frente a lo expuesto tenemos que concluir que el paciente señor **JHON WILMER HENO PARRA** (qepd), si se le atendió, pero por la gravedad de sus padecimientos, consecuencia del proceso de infección, lo cual constituye un riesgo de común ocurrencia, convirtiéndose el paciente de alto riesgo por circunstancia previas que agravaron su situación además de sus, antecedentes de atención en los Hospitales Rubén Cruz y Tomas Uribe, en donde fue debidamente atendido, con exámenes diferentes en donde no se pueden evidenciar las condiciones medicas a las que llega la HUV, posterior a la intervención quirúrgica situaciones medicas establecidas en el Hospital Tomas Uribe, que luego lo remite al HUV, en donde es tratado adecuadamente, con internación en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**, pero a pesar de todos los tratamiento suministrados fallece.-

Si bien es cierto los argumentos del actor en su demanda se enmarcan en un daño ocasionado a su poderdante, relacionandolo con la falla del servicio, ese argumento dista totalmente, para constituir o para estructurar una responsabilidad a tono de falla de servicio, como lo es del **Hospital Universitario del Valle, HUV**, cuando el diagnostico, solo se puede establecer, por parte de los médicos una vez, el paciente fue sometido a diferentes clase de exámenes, y tratamiento adecuado una vez fue remitido del Hospital Tomas Uribe en la circunstancias ya descritas.-

Por ello, el Hospital Evaristo García, no puede ser responsable como consecuencia de una falla en el Servicio, responsabilidad eminentemente de responsabilidad presunta del Estado contenida en el artículo 90 de la Constitución, no alegada por el actor y en la cual no existe responsable identificado, que solo atiendo a las circunstancias de la vida,-

2) DILIGENCIA Y CUIDADO.-

La excepción se plantea desde el punto de vista del manejo de la carga de prueba, que tanto ha estudiado el Honorable Consejo de Estado, que ha partido del principio de que a pesar de que de acuerdo al artículo 167 del CGP, la carga de la prueba está a cargo del demandante, se debe considerar en las responsabilidades medicas el principio referido a que quien este en

mejore circunstancias debe probar los hechos que acreditan o exoneran de su responsabilidad, debiendo por ello, plantear que el Hospital en la atención del la Señor **JHON WILMWE HENAO PARRA**, actuó con diligencia y cuidado, en razón a que una vez llegado el paciente a su instalaciones, lo atendió oportunamente dado el estado de sus dolencias que ameritaban el tratamiento probado y que al presagiar circunstancias de inusitada gravedad se decido el traslado a Unidad de Cuidados Intensivos, en la que igualmente se atendió al paciente que a pesar de ello, la llevan a la muerte y no como lo exponen los demandantes, que este falleció por falta de atención situación de orden médico que están debidamente traducidas en la Historia Clínica, y los testimonios delos médicos tratantes pues las indicadas no era posible que crearan la situación que en definitiva lo l produjo la muerte

En consecuencia no se puede evidencias un actuar retardado, omisivo negligente que integre los elementos que determinen a falla el servicio del Hospital Evaristo García del Valle, HUV, , y u menos de su responsabilidad tal como habrá de probarse en el curso de proceso.

"En todo caso, para que proceda la declaración de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico, el demandante debe acreditar la prestación del servicio médico asistencial o la omisión de dicho asistencia cuando esta ha sido requerida y existía el deber de prestarla ; así como el daño sufrido por esa causa" Sentencia del 22 de Marzo de 2.001 Mag ponente Dr Ricardo Hoyos Duque.

3º) IMNOMINADA.

Esta excepción consiste en todo hecho o acto que resulte probado dentro del proceso, en virtud del cual se establezca que el Hospital Universitario del Valle, no tiene la obligación legal o contractual de pagar cualquier suma de dinero por los hechos que se le demandan.

AL LLAMADO EN GARANTÍA REALIZADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE HUV.-

Descorro el llamamiento en garantía propuesto por la apoderada del Hospital Universitario del Valle, Evaristo García, HUV, , con fundamento en la póliza por RC clínica y Hospitales Póliza - 1010647, vigencias, del 15-02 de 2015 al 1-1 2016

A LOS HECHOS

- AL PRIMERO : Es el objeto de la demanda y está por probarse.
- AL SEGUNDO : Es el objeto de la demanda y está por probarse. Conforme a los términos del contrato de Seguros, póliza citada Póliza - 1010647, vigencias, del 15-02 de 2015 al 1-1-2016
- AL TERCERO : La Póliza 1010647 y vigencia 14-02-2015 a 1-01-2016 no solo será aplicable a los hechos, por estar acordada en la modalidad reclamación y no ocurrencia. Y frente a los hechos al paciente es remitida el 9 de julio de 2015, ahora bien si la reclamación en la Audiencia de Conciliación prejudicial corresponde al 31 de Enero de 2017 y 22 de Febrero de 2017 en la Procuraduría 19 Para Asunto Administrativos, sin acuerdo. SINEISNTRO que en la fecha citadas no se encuentra ASEGURADO, por no estar amparado el siniestro, por estar sin vigencia, en la reclamación, en la modalidad de reclamación.-o CLAIDS MADE.-
- AL CUARTO : En la fecha de la presentación de la demanda, igualmente el siniestro no se encuentra cubierto, ello en razón a que la cobertura corresponde a al "reclamación" y de las pruebas relacionadas al llamando en Garantía, se tiene que solo funge como prueba la póliza 1010647, dela vigencia del 15-02-2015 al 1-10-2017,
- En consecuencia Si por ser la modalidad clais made (reclamo hecho) el siniestro no estaba cubierto en la pólizas referenciadas, en razón a que la reclamación corresponde 31 de Enero de 2017 y 22 de Febrero de 2017 en la Procuraduría 19 Para Asunto Administrativos; fecha para la cual no están vigente el contratos de seguros vinculados al llamado en Garantía
- AL QUINTO : La Previsora SA, compañía de Seguros responderá por la responsabilidad medica de su Asegurado, solo si las coberturas, valores asegurados, amparos estén determinados en el documento y no De objeción alguna. Aplicando un deducible del 10% de valor de la perdida, mínimo 9'000.000 por evento y vigencia, para el amparo por "DAÑOS MORALES" con Sublimite de

20'000.000.oo evento/ vigencia, deducible del 10% mínimo 9'000.000.oo

Como consta en el documento como se glosa la llamado en garantía, en la suma de 2'000.000.000.oo por valor asegurado, deducible 10% mínimo 9'000.000.oo en el amparo " errores u omisiones profesionales", en la modalidad reclamación o Clais Made, o sea reclamación.-

Hecho que hace relación a las obligaciones que se difieren en la asegurado que los asumirá, si están dentro de los limites de contratación que han sido explicados en la modalidad Clids Made, en el cual dentro de su Clausulas Adicionales obligatorias, se manifiesta

MODALIDAD DE RECLAMACIÓN : *El sistema bajo el cual opera la presente póliza es por notificación de investigaciones y/o procesos por primera vez durante la vigencia de la póliza. Derivados de hechos ocurridos en el periodo de retroactividad contratado-" (En negrillas y subrayado es mío)*

EXCEPCIONES AL LLAMADO EN GARANTÍA

1º) Aplicación del Valor Asegurado

La Previsora SA, Compañía de Seguros, en cumplimiento de las obligaciones del contrato de Seguros, a pesar de considerar no estar sujeta a obligación alguna, solo responderá en caso de sentencia condenatoria, en **conurrencia y disponibilidad del valor asegurado**; obligaciones que nacen solo en relación con las obligaciones amparadas con relación a su asegurado y de acuerdo a los amparos "**GARANTIAS**" y valores aseguradora en la póliza # 1010647, solo si las coberturas, valores asegurados, \$ 2.000'000.000.oo, con un deducible del 10% mínimo 9'000.000.oo **por evento** y vigencia y una cobertura por **daños morales** hasta del suma de 200'000.000, evento y persona, 20'000,000.oo con un deducible del 10% mínimo 9'000.000.oo, amparos que estén determinados en el documento y no De objeción alguna. Solución de la relación sustancial al momento de decidir en la sentencia de acuerdo a lo establecido en el artículo 57 del CPC.

Así mismo, en caso de Sentencia condenatoria en contra del Hospital Universitario del Valle, Evaristo García, responderá, si existe disponibilidad de valor asegurado, dado que con la mismo póliza, se ha llamado a La Previsora. E otros procesos lo que agotaran el valor asegurado, eventualidad, será el HUV responsable del 100% de la Condena.-

2) INEXISTENCIA DE COBERTURA

No esta cubierta la conducta omisva y solicito al Señor Magistrado, asi lo considere, dado que por ser el contrato de Seguros Ley para las partes, en relacion a sus coberturas, de la polizas referida en el llamado en Garantia, Póliza - 1010647, vigencias, del 15-02 de 2015 al 1-1-2016 en las vigencias citadas en el documento o dado que de acuerdo con los siguientes planteamientos, el contrato de seguros, al acordar la **COBERTURA CLADIS MADE**, (hace referencia a que la cobertura) se expresa al momento de la reclamacion, que coresponde al 31 de Enero de 2017 y 22 de Febrero de 2017 en la Procuraduría 19 Para Asunto Administrativos; o sea la reclamacion del tercero, lo cual no fue asi, el siniestro por corresponder a este modalid explicada, debia haber sido aplicado a la poliza vigente en este momento, o sea la vigencia del 31 de Enero de 2017. Sin vigencia en la poliza citadas, lo cual no fue, pues se tomo si fuera un siniestro amparado, con una poliza en la modalidad de RC, por ocurrencia, es decir el hecho imputable, que dio base al siniesntro, fue precisamente la **RECLAMACION**, que de orden judicial o extrajudicial le hacen los actores al HUV.-.-

CONDICION PRIMERA

Amparos Cubiertos.-

Esta poliza otorga cobertura por la resposnabilidad civil propia de cilincas, sanatorios, hospitales y/u otro tipo de establecimiento o instituciones medicas, bajo las limitaciones y exclusiones desritas a continuacion

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA.-

- a) ***PREVISORA , se obliga a indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razon a la responsabilidad civil en que incurra exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto***

medico” derivados de las prestación de servicios profesionales de atencion de la salud de las personas de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez, durante la vigencia de la poliza y hasta le mite de cobertura especificado en las conmdicones particulares (salvo los actos medicos expresametne excluidos) (subrado es mio)

b) **PREVISORA**

Por lo anterior el siniestro reclamado mediante el presente llamado en Garantia, no esta cubierto en la poliza, por lo cual La Previsora Sa no esta obligada a sumir pago alguno ante su asegurado, pue se reclamo con la pòliza vigente al momento de la reclamacion.-

3) LA IMMOMINADA

Esta excepci3n consiste en todo hecho o acto que resulte probado dentro del proceso, en virtud del cual se establezca que **LA PREVISORA SA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, no tiene la obligaci3n legal o contractual de pagar cualquier suma de dinero por los hechos que se le demandan. art 304 CPC

PRUEBAS DEL PROCESO

DOCUMENTALES

Aporto las siguientes pruebas documentales asi;

- 1) Póliza 1008804 Vigencia 1-03-2013- A- 01-01-2014,
- 2) Póliza - 1010647, vigencias, del 16-02 de 2015 al 1-1-2016
- 3) condiciones particulares y Condiciones Generales.- aplicables.-

FUNDAMENTOS DE DERECHO.-

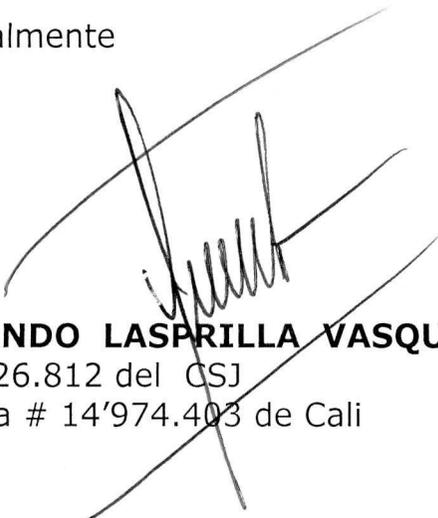
Son aplicables al proceso las siguientes normas Art , 55,56,57 del CPC, Art 1.079 y 1.089 del Co.Co y demás normas pertinentes y concordantes.-

NOTIFICACIONES.-

A mi poderdante la Previsora SA, Compañía de Seguros y las demás partes reconocidas en el proceso se le puede notificar cualquier decisión en las direcciones ya conocidas en los autos. Calle 10 · 4-47 piso 8,

Al suscrito abogado se me puede notificar cualquier decisión en la carrera 79B N° 9-18 oficina 504A fax 6645025 cel 315-5589057 Cali
Correo electrónico E Mali, olasprilla@gmail.com

Cordialmente



ORLANDO LASPRILLA VASQUEZ

TP # 26.812 del CSJ

Cédula # 14'974.403 de Cali

**CARRERA 79B N° 9-18 OFICINA 504A TELFAX 6645025 CEL 315-5589057
CALI**

Email olasprilla@gmail.com

PÓLIZA N° 1010647

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



419

PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 17 MES 2 AÑO 2015	CERTIFICADO DE EXPEDICION	N° CERTIFICADO 0	CIA. PÓLIZA LIDER N°	CERTIFICADO LIDER N°	A.P. NO									
TOMADOR 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA			NIT 890.303.461-2											
DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA			TELÉFONO 5561131											
ASEGURADO 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA			NIT 890.303.461-2											
DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA			TELÉFONO 5561131											
EMITIDO EN CALI	CENTRO OPER 404	SUC. 4	EXPEDICIÓN				VIGENCIA				NÚMERO DE DIAS			
MONEDA Pesos			DÍA 17	MES 2	AÑO 2015	DÍA 15	MES 2	DESDE AÑO 2015	A LAS 00:00	DÍA 1	MES 1	HASTA AÑO 2016	A LAS 00:00	320
TIPO CAMBIO 1.00	CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE,					FORMA DE PAGO 23. AUTORIZACION VIC			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00					

Riesgo: 1 -
KR 5 36 08, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	210,410,958.90
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00	\$ NINGUNO	
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	300,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	150,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00	\$ NINGUNO	
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	1,000,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	400,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	200,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00	\$ NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOS

Documento
NIT 666520008

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. (ARTICULOS 81 Y 82 DE LA LEY 45/90 Y ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO).

EL PAGO TARDIO DE LA PRIMA NO REHABILITA EL CONTRATO. ESTE CASO LA COMPAÑÍA SOLO SE OBLIGA A DEVOLVER LA TE NO DEVENGADA DE LA PRIMA EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***210,410,958.90
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$**33,665,753.42
AJUSTE AL PESO	\$*****-0.32
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*244,076,712.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGUN RESOLUCIÓN No. 7029 DEL 22-11-96 EXENTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO 2126/83 ARTÍCULO 21

03/11/2015 14:11:47

[Firma]

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				1142	1	PIZANO Y ECHEVERRI Y A	

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No. 1010647 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **EXPEDICION**

0

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

INTERES ASEGURADO

Se ampara la Responsabilidad Civil por los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales (al 100%), que el asegurado cause a terceros en razón a la responsabilidad civil en que incurra como consecuencia de cualquier acto médico, derivados de la prestación de servicios profesionales de la atención en la salud de las personas, como también los que provengan de acciones u omisiones de sus empleados y/o de profesionales y/o auxiliares intervinientes con relación al acto médico en relación de dependencia o no con el asegurado, igualmente se cubre la responsabilidad civil que provenga de un evento que cause daños materiales y/o lesiones corporales a terceros.

COBERTURAS

LIMITE ASEGURADO
EVENTO / VIGENCIA
\$2.000.000.000

Responsabilidad civil medica
Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia
Errores u omisiones Profesionales
Pagos de cauciones, fianzas y Costas
Predios labores y operaciones
PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES
Gastos judiciales
GASTOS MEDICOS

20.000.000 / 200.000.000
300.000.000 / 600.000.000
400.000.000 / 1.000.000.000,000

CONDICIONES / COBERTURAS / CLAUSULAS - OBLIGATORIAS

- AMPAROS Y COBERTURAS BASICAS OBLIGATORIAS:

- * Responsabilidad Civil Profesional por cualquier Acto Médico de Clínicas y Hospitales u otro tipo de establecimientos o Instituciones médicas. Sublímite para Perjuicios Extrapatrimoniales de \$ 20.000.000 Evento y \$ 200.000.000 vigencia
- * Actos de responsabilidad que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al acto médico,
- * Asistencia médica de emergencia a persona o personas en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
- * Lesiones corporales a terceros, por suministro de productos necesarios para la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la Institución Asegurada.
- * Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico adscrito o autorizado mediante un convenio especial, siempre y cuando figure en una relación que se adhiere a este seguro y forma parte de la misma.
- * Responsabilidad Civil Profesional por el uso de equipos médicos con fines de tratamiento, de terapia o de diagnóstico, siempre y cuando estén reconocidos por la ciencia médica.
- * Responsabilidad civil profesional por el suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el Asegurado bajo supervisión directa.
- * Responsabilidad civil profesional médica como consecuencia de la asistencia médica de emergencia a personas, en cumplimiento de una acción legal.
- * Gastos y costos por cauciones judiciales o fianzas. Solo se reconoce la prima de la caucion judicial con tasa maximo del 8%
- * Responsabilidad Civil profesional por cirugías practicas o estéticas que estén contempladas dentro del POS, o como consecuencia de un fallo emitido a favor de un paciente por tutea, como cirugías bariátricas, reconstrucción del seno, cirugías a consecuencia de un accidente o por cirugías reconstructivas de anomalías congénitas.
- * Estetica solamente accidental. Sublímite de \$ 15.000.000 por Evento y \$ 100.000.000 Vigencia
- * Cobertura de responsabilidad civil profesional por estudios y ensayos clínicos patrocinados por entidades varias, de orden nacional o internacional.

Limites solicitados:

- Gastos médicos incluyendo personal del asegurado: Por evento 20% del valor asegurado, 50% del valor asegurado por vigencia.
- Daños Morales Por evento 25% del valor asegurado, 50% del valor asegurado por vigencia.
- Gastos y costos de defensa Por evento 15% del valor asegurado, 30% del valor asegurado por vigencia.

Texto Continua en Hojas de Anexos...



420

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010647 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA
SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

CLAUSUAS ADICIONALES OBLIGATORIAS

- Modalidad de reclamación: El sistema bajo el cual opera la presente póliza es por notificación de investigaciones y/o procesos por primera vez durante la vigencia de la póliza, derivados de hechos ocurridos en el periodo de retroactividad contratado.
- * Amparo automático de nuevos predios y operaciones
- * Ampliación plazo de aviso de siniestro a (60) días.
- * Revocación de la póliza con aviso previo de (60) días
- * Indemnización por clara evidencia sin que exista previo fallo judicial.
- * Errores y omisiones no intencionales
- * No aplicación de deducibles para gastos médicos.
- * Eventos adversos.
- * Anticipo de indemnización 50%, Según respuesta observaciones se aclara que este anticipo es solo para honorarios.
- * Requisitos para pago de indemnización
- * Arbitramento
- * Designación de ajustadores. Se tendrá en cuenta dentro de la terna de ajustadores nombrados para atender cualquier reclamación del Asegurado, la siguiente lista, la cual será definida directamente por el Asegurado: firma que tenga sede en la ciudad de Cali, - Propuestos
- * Amparar los costos e interés por los cuales sea responsable la entidad desde la sentencia se declare en firme o desde que se pronuncie el laudo arbitral, o desde el acuerdo conciliatorio o transaccional hasta cuando la compañía haya reembolsado a la entidad en tales gastos.
- * Experticio técnico y/o profesional.

;h

IDENTIFICACION DEL PAGO



PREVISORA
SEGUROS

POLIZA No. 1010647

CERTIFICADO No. 0

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

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

Ramo
RESPONSABILIDAD CIVIL

Sucursal
CALI

Valor Prima	Valor IVA	Tomador
\$210,410,958.90	\$33,665,753.42	7999 - HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
01/06/2015	\$*****0.00	**69,435,616.45	**11,109,698.64				
30/07/2015	\$*****0.00	**69,435,616.43	**11,109,698.62				
30/09/2015	\$*****0.00	**71,539,726.02	**11,446,356.16				

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: 23. AUTORIZACION VIC. COMERCIAL



PREVISORA
SEGUROS

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

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA

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 \$ 244,076,712.32, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	01/06/2015	\$*****0.00	**69,435,616.45	**11,109,698.64					
2	30/07/2015	\$*****0.00	**69,435,616.43	**11,109,698.62					
3	30/09/2015	\$*****0.00	**71,539,726.02	**11,446,356.16					

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
1010647	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	\$2,000,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de CALI a los 17 días del mes de FEBRERO de 2015

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

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

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

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

SISE-CAR-009-1

421

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 TALEFECTO, 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 MÉDICA 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:

- 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 MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- 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.
- 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

- 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.
- POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 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.
- 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.
- 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.
- EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 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 TERAPEÚTICO 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 REÍNTREGO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL "PACIENTE" Y/O 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.

422

**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 INTROGENIA.
- 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



PREVISORA
SEGUROS

- 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 DIAGNÓSTICO 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 PUDIERE 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, secencialidad, 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, epícrisis 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 Asegurado, 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 Asegurado, o al representante nombrado por el Asegurado, 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 Asegurado.



PREVISORA
SEGUROS

423

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, asignándole 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) (N°) 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 efectuaren una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

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



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:

- Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico;
- Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
- La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
- Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
- Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
- 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.

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 aparazca 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.

Handwritten signature or initials.

**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.

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

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 derivan 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 promoviere 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.

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 suministrarla 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

425

**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 Asegurado 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 está 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 renuncias 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 previsible 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 aquél 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).

426

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.