

Señores:

**Juzgado Treinta y Cinco (35) Administrativo del Circuito de Bogotá D.C.**

E. S. D.

<b>Proceso:</b>	Acción de Reparación Directa
<b>Demandante:</b>	Sandra Mireya Osorio y Otros
<b>Demandados:</b>	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y Otro
<b>Ll. en garantía:</b>	La Previsora S.A. Compañía de Seguros
<b>Radicado:</b>	2017-00019
<b>Asunto:</b>	Contestación de la demanda y del llamamiento en garantía formulado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

**Rafael Alberto Ariza Vesga**, abogado, mayor de edad con domicilio en Bogotá, portador de la cédula de ciudadanía No. 79.952.462 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 112.914 del C.S.J, obrando como apoderado especial de **La Previsora S.A. Compañía de Seguros**, según poder debidamente otorgado y que se aporta al expediente, por medio del presente escrito procedo a contestar la demanda formulada por **Sandra Mireya Osorio y Otros** (Primer Capítulo del documento); así mismo, se procede a contestar el llamamiento en garantía formulado por la **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.** (Segundo Capítulo del documento), todo lo anterior de la siguiente manera:

## Contenido

<b>Primer capítulo: Contestación de la demanda:</b> .....	2
<b>I. Pronunciamiento expreso sobre los hechos de la demanda:</b> .....	2
<b>II. Pronunciamiento expreso frente a las pretensiones de la demanda.</b> .....	5
<b>III. Excepciones de mérito frente a la demanda</b> .....	6
Primera: ausencia de responsabilidad extracontractual y patrimonial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. - ausencia de los elementos fundantes de la responsabilidad patrimonial del Estado: .....	6
Segunda: ausencia de prueba y/o inexistencia de los presuntos perjuicios sufridos por la parte demandante – subsidiariamente: tasación excesiva de los perjuicios alegados por la parte demandante: .....	11
Tercera: excepción genérica:.....	17
<b>Segundo capítulo: contestación del llamamiento en garantía formulado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.:</b> .....	17
<b>I. Aclaración inicial</b> .....	17
<b>II. Pronunciamiento expreso sobre los hechos del llamamiento en garantía:</b> .....	17
<b>III. Oposición a las pretensiones del llamamiento en garantía:</b> .....	18
<b>IV. Solicitud de ineficacia o caducidad el llamamiento en garantía formulado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. a La Previsora S.A.</b> .....	19
<b>V. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía:</b> .....	20
Primera: Ausencia de obligación - la ausencia de responsabilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., determina la ausencia de siniestro para las pólizas de seguro expedidas por La Previsora S.A. Compañía de Seguros y, por ende, la inexistencia de obligación.....	20
Segunda: inexistencia de un siniestro amparado – ausencia de cobertura con base en la póliza de seguro No. 1006171 contratada bajo la modalidad de cobertura “claims made” o reclamación: .....	20
Tercera: riesgo excluido - configuración de causales no cubiertas en los contratos de seguro instrumentados en las Pólizas de seguro de Responsabilidad civil Clínicas y Hospitales No. 1006171 y No. 1006890:.....	24

Ariza & Gómez Abogados S.A.S.

Calle 33 No. 6B - 24 Oficina 505 - PBX: (+571) 4660134 - Móvil (+57) 3185864291

[www.arizaygomez.com](http://www.arizaygomez.com)

Bogotá D.C. - Colombia

Cuarta: límite de responsabilidad del asegurador: aplicación de los límites y sublímites establecidos en las pólizas de seguro No. 1006171 y No. 1006890 - sublímite para el amparo de daños extrapatrimoniales: .....	24
Quinta (subsidiaria): sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones previstos en las pólizas de seguro No. 1006171 y No. 1006890:.....	25
Séxta: excepción genérica:.....	26
<b>VI. Fundamentos de derecho de la defensa frente a la demanda y llamamiento en garantía:</b>	<b>27</b>
<b>VII. Petición de pruebas: .....</b>	<b>27</b>
<b>VIII. Anexos .....</b>	<b>27</b>
<b>IX. Notificaciones: .....</b>	<b>27</b>

## **Primer capítulo: Contestación de la demanda:**

Pese a que la vinculación de mi mandante se realiza en la condición de llamado en garantía por parte del **Hospital de Suba (Hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.)**, en desarrollo del derecho fundamental de defensa y contradicción, así como haciendo uso de lo establecido en el segundo inciso del artículo 66 del C.G.P.<sup>1</sup>, se procede igualmente a contestar la demanda, en los siguientes términos:

### **I. Pronunciamiento expreso sobre los hechos de la demanda:**

Doy respuesta a cada uno de los hechos utilizando la misma numeración establecida por el demandante en su escrito de demanda:

**Al hecho 1:** Toda vez que la parte actora incluye más de un hecho en un mismo numeral, para contestar apropiadamente, se separa como sigue:

- **No me consta** que el día 3 de agosto de 2014, el menor Julián Sebastián Rubio hubiera sido llevado a urgencias del Hospital de Suba E.S.E. II Nivel, donde fuera atendido por la pediatra Adriana Escobar, como quiera que se trata de un hecho ajeno a mí representada, en consecuencia, me atengo a lo probado en el presente proceso.
- **No me consta** que al menor Julián Sebastián solo se le haya suministrado analgésicos para el dolor y sueros orales, sin estudiar la verdadera causa de los signos y síntomas o evolución de los mismos, considerando que se trata de un hecho ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo que resulte probado dentro del presente proceso.

**Al hecho 2:** Toda vez que la parte actora incluye más de un hecho en un mismo numeral, para contestar apropiadamente, se separa como sigue:

- **No me consta** que siete horas después de haber dado de alta al menor Julián Sebastián, el mismo hubiera sido reingresado al Hospital de Suba E.S.E. II Nivel, siendo atendido por un médico general, como quiera que se trata de un hecho ajeno a mí representada, en consecuencia, me atengo a lo probado en el presente proceso.
- **No me consta** que el menor Julián Sebastián hubiera presentado los síntomas indicados en este numeral, ni que el médico hubiera encontrado que el menor tenía taquicardia, mucosas secas, abdomen distendido, fiebre, por lo cual hubiera ordenado internar al

<sup>1</sup> Código General del Proceso: Artículo 66. “TRÁMITE. (...) El llamado en garantía podrá contestar en un solo escrito la demanda y el llamamiento, y solicitar las pruebas que pretenda hacer valer. (...)”

Ariza & Gómez Abogados S.A.S.

Calle 33 No. 6B - 24 Oficina 505 - PBX: (+571) 4660134 - Móvil (+57) 3185864291

[www.arizaygomez.com](http://www.arizaygomez.com)

Bogotá D.C. - Colombia

mismo, como quiera que se trata de un hecho ajeno a mí representada, en consecuencia, me atengo a lo probado en el presente proceso.

**Al hecho 3:** Toda vez que la parte actora incluye más de un hecho en un mismo numeral, para contestar apropiadamente, se separa como sigue:

- **No me consta** que el 4 de agosto de 2014, al menor Julián Sebastián le haya sido realizada una radiografía y posteriormente, un enema, el cual se habría ejecutado 15 horas después de ingresar por segunda vez al Hospital de Suba, como quiera que se trata de un hecho ajeno a mí representada, en consecuencia, me atengo a lo probado en el presente proceso.
- **No me consta** que le menor Julián Sebastián no consumiera ningún tipo de alimento, al no soportarlo y le producía vómito, como quiera que se trata de un hecho ajeno a mí representada, en consecuencia, me atengo a lo probado en el presente proceso.

**Al hecho 4:** **no me consta** que a las 10 de la mañana del 4 de agosto del 2014, al menor Julián Sebastián se le haya tomado una ecografía testicular, habida cuenta de una inflamación desmedida de dicha cavidad, pues se trata de un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado en el presente proceso.

**Al hecho 5:** **no me consta** que el 4 de agosto de 2014, habiendo pasado más de 21 horas en urgencias, se haya drenado el líquido bilioso del menor Julián Sebastián, pues se trata de un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado en el presente proceso.

**Al hecho 6:** Toda vez que se incorpora en un mismo numeral distintos supuestos fácticos, para contestar apropiadamente, se separa como sigue:

- **No me consta** que a las 21:34 horas del 4 de agosto de 2014, habiendo transcurrido 27 horas después de haber reingresado al Hospital de Suba, los médicos hayan decidido remitirlo a cuidados intermedio s pediátricos a la Clínica Nicolás de Federmann, el 5 de agosto de 2014, pues se trata de un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado en el presente proceso.
- **No me consta** que el menor Julián Sebastián no haya sido trasladado de inmediato al no haber disponibilidad de ambulancias por parte del Hospital de Suba, siendo transportado hasta el 5 de agosto de 2014 para la unidad de cuidados intensivos, pues se trata de un hecho ajeno a mi representada. Me atengo a lo probado en el presente proceso.

**Al hecho 7:** **no me consta** que el 5 de agosto de 2014, al menor Julián Sebastián se le haya realizado una laparotomía media supra e infra umbilical, donde se dieron cuenta del apéndice necrótico perforado, con líquido peritoneal purulento abundante y demás diagnósticos pocos favorables, puesto que se trata de un hecho completamente ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo probado en el proceso.

**Al hecho 8:** **no me consta** que con posterioridad a la cirugía y en el transcurso de los 16 días siguientes, el estado del menor Julián Sebastián fuera decayendo y presentara complicaciones y demás diagnósticos indicados en este numeral, puesto que se trata de un hecho ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo probado en el proceso.

**Al hecho 9:** **no me consta** que el 23 de agosto de 2014, se le haya realizado al menor Julián Sebastián una laparotomía de drenaje de colección intra-peritoneal más liberación de adherencias o bridas intestinales, puesto que se trata de un hecho ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo probado en el proceso.

**Al hecho 10: no me consta** que el 30 de agosto de 2014 el menor Julián Sebastián haya presentado vomito abundante y el 3 de septiembre se le haya diagnosticado desnutrición aguda, debido a su patología, como quiera que se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en consecuencia, me atengo a lo efectivamente probado en el proceso.

**Al hecho 11: no me consta** que el 4 de septiembre de 2014 fuera intervenido quirúrgicamente por laparotomía, donde salió trasladado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, por cuanto se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en todo caso nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

**Al hecho 12: no me consta** que el 9 de septiembre de 2014, al menor Julián Sebastián se le haya realizado más de 4 intervenciones quirúrgicas, donde tuvo mejorías, por cuanto se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en todo caso nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

**Al hecho 13: no me consta** que el 30 de septiembre de 2014, el señor Juan Manuel Rubio, padre del menor Julián Sebastián, haya tenido que comprar un medicamento recetado por el pediatra por el valor de \$283.550 pesos, por cuanto se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en todo caso nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

**Al hecho 14: no me consta** que los médicos encargados del menor Julián Sebastián, el día 14 de noviembre de 2014 le hayan dado de alta, reingresando el 20 de noviembre con 39 grados centígrados de temperatura, por cuanto se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en todo caso nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

**Al hecho 15: no me consta** que el 3 de diciembre de 2014 el paciente Julián Sebastián haya sido valorado por psiquiatría, ni los diagnósticos referidos en dicha especialidad, pues se trata de un hecho completamente ajeno a la compañía que represento. Me atengo a lo efectivamente probado en el proceso.

**Al hecho 16: no me consta** que del 05 al 26 de diciembre de 2014, el menor Julián Sebastián haya tenido un deterioro clínico causado por sepsis bacteriana, ni las causas de la misma y demás complicación, pues se trata de un hecho completamente ajeno a la compañía que represento. Me atengo a lo efectivamente probado en el proceso.

**Al hecho 17: no me consta** que el 29 de diciembre de 2014 el menor Julián Sebastián haya sido dado de alta, siendo reingresado el 2 de enero del 2016 (sic) a la Fundación Cardio Infantil, en cuidados intensivos pediátricos, ni los diagnósticos encontrados, considerando que se trata de un hecho ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo probado en el proceso.

**Al hecho 18:** Toda vez que la parte demandante incluye más de un hecho en un mismo numeral, para contestar apropiadamente, se separa como sigue:

- **No me consta** que el 9 de marzo de 2015 haya fallecido el menor Julián Sebastián en la Fundación Cardio Infantil, debido al deterioro de su salud, considerando que se trata de un hecho ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo probado en el proceso.
- **No me consta** que el menor Julián Sebastián haya sido intervenido quirúrgicamente en distintas ocasiones, ni el presunto mal diagnóstico dado por el Hospital de Suba, considerando que se trata de un hecho ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo probado en el proceso.
- **No me consta** que la no iniciación temprana del tratamiento antibiótico haya propiciado que las infecciones abdominales se esparcieran, considerando que se trata de un hecho

ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo probado en el proceso.

**Al hecho 19:** Toda vez que la parte demandante incluye más de un hecho en un mismo numeral, para contestar apropiadamente, se separa como sigue:

- **No me consta** que los padres del menor Julián Sebastián hayan utilizado todos los mecanismos jurídicos para intentar garantizar una adecuada gestión y tratamiento de su hijo, considerando que se trata de un hecho ajeno a la compañía que represento, en consecuencia, me atengo a lo probado en el proceso.
- **No es cierto** que haya existido alguna falla en el servicio médico asistencial por parte del Hospital de Suba II Nivel (Hoy Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E.), considerando que dicha entidad prestó la atención médica al menor Julián Sebastián, de conformidad con la *lex artis*, diligencia y oportunidad, con el personal especializado frente a los síntomas y diagnósticos presentados por el paciente. En este sentido, no existe ninguna responsabilidad a cargo del Hospital de Suba, como lo pretende la parte demandante.

**Al hecho 20: no me consta** que la señora Sandra Mireya Osorio Arévalo haya solicitado a la Fundación Cardio Infantil, su empleador, licencias no remuneradas para poder estar al pendiente de las necesidades y salud de su hijo, por cuanto se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en todo caso nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

**Al hecho 21: no me consta** que la señora Sandra Mireya Osorio Arévalo en el año 2015 haya tenido un salario básico mensual de \$1.264.408, más un promedio de salarios variable de \$251.513 pesos M/cte., por cuanto se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en todo caso nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

**Al hecho 22: no me consta** que los padecimientos y posterior deceso del niño Julián Sebastián haya causado a su grupo familiar perjuicios de orden inmaterial, por cuanto se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en todo caso nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

**Al hecho 23: no me consta** que los padres del menor Julián Sebastián hayan incurrido en gastos constitutivos de daños emergentes con ocasión del padecimiento del menor, por cuanto se trata de un hecho ajeno a mi mandante, en todo caso nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

## II. Pronunciamiento expreso frente a las pretensiones de la demanda.

Actuando en nombre y representación de La Previsora S.A. Compañía de Seguros me opongo a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones y peticiones de condena propuestas por la parte actora, en la medida en que pudieran afectar a mí mandante, como quiera que no le asiste el derecho invocado y no existe responsabilidad en cabeza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (antes Hospital de Suba II Nivel de atención) y, por ende, de La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

Así las cosas, de manera expresa manifiesto al despacho que coadyuvo la oposición formulada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (antes Hospital de Suba II Nivel de atención) a todas las pretensiones que se elevan en la demanda, y solicito que esta sea absuelta de toda responsabilidad. Es importante indicar, desde ahora, que la eventual obligación de mi mandante se encuentra limitada a los términos de los contratos de seguro de responsabilidad civil clínicas y hospitales, los cuales establecen condiciones respecto de su cobertura, amparos, exclusiones, límite de valor asegurado, deducibles, entre otros.

Adicionalmente, solicito que se condene a la parte demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen en este proceso. Como fundamento de dicha oposición, se proponen las siguientes:

### III. Excepciones de mérito frente a la demanda

#### **Primera: ausencia de responsabilidad extracontractual y patrimonial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. - ausencia de los elementos fundantes de la responsabilidad patrimonial del Estado:**

Fundo la presente excepción en el hecho de que en el presente caso, no se encuentran probados los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial del Estado, en los términos de la ley y la jurisprudencia aplicable en esta materia.

Como lo ha señalado reiteradamente la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, entre otras, en sentencia de 7 de julio de 2011 CP. Olga Mérida Valle de la Hoz:

“La responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución jurídica que goza en nuestros días de rango constitucional. Es evidente que la responsabilidad del Estado a partir de la Carta Política de 1991 se fundamenta en el artículo 90 del estatuto superior, el cual como lo ha venido sosteniendo en forma reiterada esta Sala, estableció sólo dos elementos de la responsabilidad, los cuales son: **i) El daño antijurídico y, ii) la imputación del mismo a una autoridad en sentido lato o genérico.**

El inciso primero del texto constitucional antes señalado, es del siguiente tenor literal:

“El Estado responderá patrimonialmente por los **daños antijurídicos que le sean imputables**, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. (...)”<sup>2</sup> (Negritas fuera de texto original)

Igualmente, se ha reconocido dentro de la jurisprudencia del Consejo de Estado que, **en tratándose de responsabilidad médica**, deben estar acreditados los elementos que la configuran, a saber, **el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre esta y aquel, encontrándose en la parte demandante la carga de prueba**. Es esta la posición actual de la Sección Tercera del Consejo de Estado, tal como se desprende de la decisión de 29 de agosto de 2013 C.P. Danilo Rojas Betancourth<sup>3</sup>, que sobre el particular señaló:

“Actualmente, la jurisprudencia aplica la regla general que señala que **en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel**, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados (...)”

Así las cosas, analizando los supuestos fácticos que establecen las normas y la jurisprudencia atrás citada, no existe en el presente asunto responsabilidad patrimonial y extracontractual en cabeza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., como pretende hacerlo entender de manera injustificada y equívoca la parte demandante, por las razones que a continuación se van a exponer, dejando en todo caso claro que, la carga de la prueba de estos elementos se encuentra a cargo de la parte actora.

<sup>2</sup> Consejo de Estado Sección Tercera: Sentencia del 7 de julio de 2011. Expediente 19707. Consejera ponente: Olga Mérida Valle de la Hoz.

<sup>3</sup> Expediente: 30283 Radicación: 25000 2326 000 2001 01343 01

### 1.1. Ausencia de falla del servicio - inexistencia de culpa médica en cabeza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. – los servicios médicos prestados por dicha entidad se ajustaron a la *lex artis* médica:

Resulta claro que a la luz de la citada jurisprudencia del Consejo de Estado, la responsabilidad de las entidades prestadoras del servicio de salud es subjetiva, es decir se aplica el régimen de responsabilidad de **falla probada en el servicio**, razón por la cual es menester acreditar que se presentaron incumplimientos en la prestación del servicio de salud de acuerdo con los criterios médicos al momento de los hechos.

Aunado a lo anterior, debe tenerse en cuenta que las obligaciones de los médicos o centros hospitalarios son de medio y no de resultado, de conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado:

“En otras palabras, **demostrado como está en el sub júdice que el servicio se desarrolló diligentemente; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad**, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño.”<sup>4</sup> (Se resalta)

Aplicando los anteriores criterios jurisprudenciales al caso concreto, tenemos que la obligación adquirida por el Hospital de Suba (hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E), de garantizar la prestación de los servicios y atenciones médicas requeridos por el paciente Julián Sebastián, a su ingreso al servicio clínico, se realizó con la diligencia debida y bajo los protocolos que les son exigibles a su actividad, sin que haya quedado obligado a la obtención de un resultado en particular.

No obstante, la parte actora le endilga responsabilidad patrimonial por la presunta mala praxis o indebida atención médica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., negligencia que se habría presentado desde el día 03 de agosto de 2014, fecha en que ingresó al servicio de urgencias del Hospital de Suba, presuntamente por falta de un diagnóstico correcto y oportuno, falta de un tratamiento e intervenciones quirúrgicas adecuadas a las patologías que presentaba el paciente, relativas a infecciones abdominales, que finalmente derivaron en el fallecimiento del menor Julián Sebastián, el 9 de marzo de 2015.

Lo cierto es que analizados técnica e integralmente los hechos que rodean el caso sub examine, revelan otra realidad.

En efecto, en el caso que se analiza, el personal médico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., no incurrió en culpa o negligencia, ni por acción ni por omisión, pues realizó su actividad de manera diligente, prudente, oportuna y bajo los presupuestos propios de la profesión médica que se requería frente a las condiciones de salud que presentaba el menor Julián Sebastián Rubio Osorio al ingreso al servicio médico del Hospital de Suba. Además, no existe ningún reparo ético o disciplinario a la actividad de los galenos ni del Hospital en este caso, ni estuvo presente incumplimiento alguno de sus obligaciones profesionales.

En este sentido, es importante señalar los siguientes aspectos del análisis de la historia clínica efectuado en “Concepto Médico” suscrito por la Dra. Diana Velásquez Rojas, que obra en el expediente:

---

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección tercera, Sentencia del 3 de abril de 1997, Expediente No. 9467, Consejero Ponente: Carlos Betancur Jaramillo.

Ariza & Gómez Abogados S.A.S.

Calle 33 No. 6B - 24 Oficina 505 - PBX: (+571) 4660134 - Móvil (+57) 3185864291

[www.arizaygomez.com](http://www.arizaygomez.com)

Bogotá D.C. - Colombia

“De acuerdo con lo anterior, se puede decir que se trata de un paciente de un año y 9 meses de edad que ingresó al Hospital de Suba, según relata la madre 3 días (según relatos de esta conciliación, no de historia clínica) con vómitos, fiebre y dolor; para lo cual los familiares o **al parecer la madre le administraba ibuprofeno, sin consultar previamente a su médico** a pesar de ser una enfermera y saber las consecuencias de auto-medicar y administrar un medicamento sin prescripción médica. Cabe resaltar que este medicamento no fue prescrito en el Hospital de Suba.

El suministro de ibuprofeno por parte de la mamá del menor Julián Sebastián, tuvo implicaciones directas para la salud y recuperación del paciente, puesto que su prescripción médica no está dada para menores de 2 años y hacerlo tiene reacciones adversas, como las que estaba presentando el menor en el Hospital. Dichos efectos de forma general son explicados por la Dra. Diana Velásquez Rojas, así:

El ibuprofeno es un derivado del ácido propiónico siendo antipirético, analgésico y antiinflamatorio, no esteroideo que es, deriva de su actividad inhibitoria de la prostaglandin sintetasa, inhibe la emigración leucocitaria a las áreas inflamadas, impidiendo la liberación por los leucocitos de citoquinas y otras moléculas que actúan sobre los receptores nociceptivos, se une fuertemente a las proteínas plasmáticas, una vez administrado puede tener efectos antiinflamatorio de 12 a 18 horas y se absorbe rápido obteniendo concentraciones plasmáticas 1-2 horas.

Dentro de las **reacciones adversas se encuentra epigastralgia, náuseas y/o vómito, distensión abdominal, cólicos abdominales, constipación, neutropenia, agranulocitosis, sangre oculta en materia fecal, rash, prurito, mareo, entre otras; adicionalmente puede causar úlceras, sangrado o perforaciones de estómago o el intestino. Estos problemas pueden surgir en cualquier momento durante el tratamiento**, presentarse sin síntomas de advertencia e incluso causar la muerte. La sobredosis de este es relativamente común, se pueden presentar alteraciones gastrointestinales como vómito, náuseas, dolor abdominal que se pueden instaurar en un lapso de 4 y 6 horas posterior a la ingesta del mismo. El ibuprofeno **NO es un medicamento que se pueda usar en menores de 2 años**, pues el mismo no es seguro, la dosis para niños entre 1 y 2 años de edad es de 2.5 CC cada 6 a 8 horas según la fiebre. En muchos servicios y clínicas de Bogotá está vetado su uso.”

Y de cara a las complicaciones presentadas por el menor Julián Sebastián, que habría tenido incidencia el medicamento ibuprofeno suministrado por la mamá, la Dra. Diana Velásquez Rojas precisó:

“Cabe mencionar que la administración de este tipo de medicamento en un paciente con un cuadro de dolor abdominal **puede enmascarar, cubrir, sesgar, confundir las manifestaciones que presentó el paciente al inicio de la enfermedad y dar lugar a la presencia de una sintomatología completamente atípica, inusual, sin irritación peritoneal**. Lo anterior se puede evidenciar en la coincidencia relacionada con las evaluaciones clínicas, realizadas por parte de los diferentes médicos posteriores al ingreso del menor al Hospital (4 médicos generales y 5 médicos especialistas en pediatría).

Con base en lo anotado, este medicamento solo debe ser formulado por un médico si así lo considera a sabiendas de la farmacocinética y las reacciones adversas que conlleva su administración y son estos quienes tienen el conocimiento para tomar dicha decisión. Desafortunadamente, este paciente fue auto medicado con ibuprofeno por algún miembro de su círculo familiar, a pesar que la madre al parecer pertenece al área de la salud, lo que desencadenó una serie de hechos que llevaron a que el menor presentara un cuadro completamente bizarro.”

Finalmente, la Dra. Diana Velásquez Rojas concluyó en su concepto médico, lo siguiente:

“El menor recibió en el Hospital de Suba II Nivel por parte del personal médico (tanto general como especializado en el área de pediatría) y paramédico, una atención con los **criterios de racionalidad, pertinencia, calidad, humanización y de diagnósticas y terapéuticas pertinentes de acuerdo al nivel de complejidad de la institución** (paciente fue manejado en unidad de cuidado intermedio pediátrico) y por el deterioro de su cuadro clínico pese a la atención brindada, se tomó la decisión de remitir a institución que contara con unidad de cuidado crítico pediátrico.”

En este sentido uno de los presupuestos de la eventual responsabilidad patrimonial de la entidad demandada Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., no se hace presente en este caso, durante la atención médica brindada al paciente Julián Sebastián. Cual es, un hecho culposo, negligente, con desconocimiento de las normas que rigen la atención médica en salud, pues no se ha manifestado ni, menos, probado un acto negligente, imperito, inoportuno o con violación de reglamentos técnicos, por parte del equipo médico que intervino en la valoración, diagnóstico y tratamiento médico del paciente.

Todo lo contrario, de las atenciones médicas, valoraciones, exámenes, medicación y demás asistencia en salud brindada, se puede evidenciar que el Hospital garantizó en su oportunidad la prestación de los servicios integrantes del POS y de medicina especializada por los médicos generales y pediatras, orientado a obtener el mejor estado de salud y recuperación de las patologías que presentaba el menor Julián Sebastián. Por lo cual, mal puede calificarse la prestación del servicio de salud en irregular, inoportuno, disminuido de la calidad exigible y de la *lex artis*, o mucho menos que se haya configurado una falla del servicio por omisión, que pueda comprometer la responsabilidad de las entidades de salud demandadas.

De modo que, mal puede reprocharse negativamente la conducta de los galenos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., cuando la misma fue diligente, prudente y con pericia, en el cumplimiento de su deber legal y contractual. Al respecto, jurisprudencia reciente de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del **30 de septiembre de 2016**, precisó sobre este punto lo siguiente:

**“La culpa de las entidades del sistema de salud y de sus agentes, en suma, se examina en forma individual y en conjunto a la luz de los parámetros objetivos que existen para regular la conducta de los agentes particulares y su interacción con los demás elementos del sistema. El juicio de reproche respecto de cada uno de ellos quedará rebatido siempre que se demuestre su debida diligencia y cuidado en la atención prestada al usuario.**

La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; **o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia.**”<sup>5</sup> (Subrayado y negrilla fuera del original)

En consecuencia, la responsabilidad médica pretendida por la parte actora no puede salir avante, dado que, por parte de los galenos, médicos especialistas en pediatría, se hizo todo lo posible desde su experticia, para atender las complicaciones de salud que presentaba el menor Julián Sebastián, se realizó bajo las debidas condiciones y de acuerdo con los protocolos médicos.

---

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 30 de septiembre de 2016, MP: Ariel Salazar Ramírez, Radicación n° 05001-31-03-003- 2005-00174-01.

Luego, no se encuentra mérito a los reclamos indemnizatorios por la carencia de uno de los elementos imprescindibles para su procedencia, como lo es la verificación de la culpa en cabeza de la entidad demandada Hospital de Suba (Hoy Subred Integrada de Servicios de Salud).

Solicito en consecuencia al Despacho, declarar probada esta excepción.

### **1.2. Ausencia de prueba del nexo causal entre la conducta desplegada por el Hospital de Suba y el diagnóstico presentado por el menor Julián Sebastián – el resultado no es imputable a la entidad de salud demandada**

Tal y como lo ha indicado la jurisprudencia del H. Consejo de Estado en diferentes pronunciamientos, entre ellos, en decisión de 9 de abril de 2012 C.P.: Stella Conto del Castillo, no es posible condenar a una entidad sin haberse demostrado cabalmente la relación de causalidad entre el daño antijurídico presuntamente padecido por la parte demandante y la presunta falla del servicio<sup>6</sup>.

En igual sentido, ha de recalcar que este elemento en ningún momento puede presumirse su existencia, luego debe probarse plenamente para poder imputarse responsabilidad a la entidad demandada. En efecto, en sentencia del 4 de junio de 2008, la sección tercera del Consejo de Estado manifestó:

“No obstante lo anterior, la Sala echa de menos la relación de causalidad entre este daño, sufrido por los demandantes a raíz del estado de salud del joven Uriel David Carrascal Lizcano y la actividad de la entidad demandada, puesto que no se acreditó en parte alguna que el estado de incapacidad actual del paciente así como las secuelas que sufre en su salud, hayan sido ocasionados por alguna acción u omisión de las autoridades médicas y sanitarias que lo atendieron, puesto que **no basta con acreditar que hubo un contacto físico, entre el servicio médico y el paciente, para poder deducir la existencia de ese nexo causal necesario para poderle imputar responsabilidad a la entidad demandada, como tampoco resulta suficiente la afirmación de que la remisión del paciente al HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA fue tardía e inoportuna, convirtiéndose en la causa del daño.**

Si bien en materia de responsabilidad médica de las entidades estatales la jurisprudencia de la Sala ha llegado a admitir la posibilidad de presumir la falla del servicio, en vista de la dificultad probatoria que en algunos eventos puede surgir para la parte actora respecto de circunstancias que escapan a su control en los tratamientos médicos, quirúrgicos y asistenciales, **lo que sí no se ha admitido en ningún momento, es la presunción de este otro elemento, consistente en la acreditación de la relación causal entre el servicio y el daño sufrido.**”<sup>7</sup>

Ahora bien, hemos de advertir que dicho elemento no se encuentra presente en el caso sub examine, pues no existe causalidad adecuada, ni directa ni necesaria entre la atención médica, tratamiento, valoración, diagnóstico y asistencia brindada por el personal especializado de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y las afecciones de la salud que tuvo el menor Julián Sebastián, teniendo en cuenta que el lamentable fallecimiento de fecha 9 de marzo de 2015, no derivó de la atención brindada al paciente, máxime que los tratamientos, exámenes

---

<sup>6</sup> Indicó la Sección Tercera del Consejo de Estado en dicha decisión (Radicación número: 19001-23-31-000-1995-08002-01(21510)) “Ahora bien, en reiterada jurisprudencia se ha sostenido que tratándose de la responsabilidad del Estado por la prestación de servicios de salud, el demandante deberá probar la concurrencia de “tres elementos fundamentales: 1) el daño antijurídico sufrido (...), 2) la falla del servicio propiamente dicha, que consiste en el deficiente funcionamiento del servicio, porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada, y finalmente, 3) una relación de causalidad entre estos dos elementos, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio”.

<sup>7</sup> Radicación número: 16646. Consejero ponente: Ramiro Saavedra Becerra.

y atenciones requeridas y razonables para el tratamiento de las patologías de dolor e infección abdominal que presentaba.

Corolario de lo anteriormente expuesto, en el caso que nos ocupa, no existe prueba alguna que permita determinar que el estado de salud del paciente Julián Sebastián devino como consecuencia de una atención negligente o descuidada por parte del personal médico del Hospital de Suba II Nivel (hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.), pues como se desprende de las anotaciones de la historia clínica y de los demás medios de prueba, como lo fue el concepto médico emitido por la Dra. Diana Velásquez Rojas, el paciente siempre estuvo con la atención y valoración que requería por el personal médico, por los profesionales especializados en pediatría, los cuales cumplieron sus deberes profesionales, de forma prudente, diligente y en el marco de la *lex artis*, por lo tanto, mal puede ser imputable la responsabilidad deprecada por la parte actora.

En efecto, dentro de las conclusiones emitidas por la Doctora Diana Velásquez Rojas, en el concepto médico, finiquitó:

“En conclusión, no se aceptan los cargos endilgados al Hospital de Suba II nivel, pues la atención brindada al paciente fue la apropiada de acuerdo con cuadro clínico que presentó el paciente”

En consecuencia, es claro que no puede ser imputable al Hospital de Suba el resultado o fallecimiento del paciente que alega la parte actora, ni mucho menos, puede ser imputable los presuntos daños extrapatrimoniales que alega el demandante, todo lo cual está demostrado en el proceso y se sustenta en la ciencia médica.

Ruego al Sr. Juez en consecuencia, declarar probada esta excepción.

**Segunda: ausencia de prueba y/o inexistencia de los presuntos perjuicios sufridos por la parte demandante – subsidiariamente: tasación excesiva de los perjuicios alegados por la parte demandante:**

En el presente caso, en el hipotético evento de que hubiere alguna responsabilidad en cabeza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., estamos frente a la ausencia de prueba y/o inexistencia de varios de los presuntos perjuicios alegados en la demanda o subsidiariamente de una tasación excesiva e injustificada de los mismos.

En efecto, el daño, como elemento esencial de la responsabilidad, debe ser acreditado fehacientemente por quien lo reclama. Es así como la doctrina y jurisprudencia nacionales han determinado como elemento esencial para la reparación de un daño, que sea probado dentro del proceso su existencia, cuantía y elementos que lo estructuran.

Alega la parte demandante en su escrito de demanda que se le debe reconocer las siguientes sumas:

**A. Por concepto de perjuicios morales:**

Demandante	Vínculo	SMLMV
Sandra Mireya Osorio	Madre	100 SMLMV
Juan Manuel Rubio	Padre	100 SMLMV
Laura Valentina Sáenz	Hermana	50 SMLMV
Juan Camilo Rubio Osorio	Hermano	50 SMLMV
María Bethy Aydee Ariza	Abuela	50 SMLMV

José Miguel Rubio	Abuelo	50 SMLMV
Julián David Rubio Ariza	Tío	30 SMLMV
Herencia por Sandra Mireya Osorio	Herencia – iure hereditatis	100 SMLMV
Herencia por Juan Manuel Rubio	Herencia – iure hereditatis	100 SMLMV

- **Por concepto de perjuicios a la vida de relación y/o daño a la salud:**

Demandante	Vínculo	SMLMV
Sandra Mireya Osorio	Madre	200 SMLMV
Juan Manuel Rubio	Padre	200 SMLMV
Herencia por Sandra Mireya Osorio	Herencia – iure hereditatis	250 SMLMV
Herencia por Juan Manuel Rubio	Herencia – iure hereditatis	250 SMLMV

En **subsidio**, se deprecia el reconocimiento de daño a la salud por 400 SMLMV.

- **Por concepto de perjuicios materiales:**

Perjuicio	Cuantía
Lucro cesante	\$4.637.355
Daño emergente	\$238.550

Visto lo anterior, es menester resaltar que los demandantes no aportan elementos probatorios adecuados que permitan establecer que los daños cuya indemnización es pretendida en el texto de la demanda, se han causado de manera **cierta**. Las pruebas solicitadas y aportadas por los demandantes no tienen la idoneidad necesaria para brindarle al Juez el debido conocimiento de cada uno de los elementos que estructuran los perjuicios aducidos.

Vale la pena resaltar que, aunque por regla general, la evaluación monetaria de los perjuicios extrapatrimoniales es imposible dada la naturaleza del mismo daño, la existencia e intensidad del mismo es perfectamente verificable, gracias a los alcances actuales de la psicología y de la medicina<sup>8</sup>.

En el presente caso, no se aportan pruebas técnicas o experticias al proceso que evidencien los supuestos perjuicios que afirma haber padecido la parte demandante. Por lo cual, es menester resaltar que, en materia de indemnización de perjuicios, no basta la simple afirmación de la existencia de los perjuicios sufridos por parte de la demandante, ni puede presumirse su existencia.

Ya bien lo dijo la Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”<sup>9</sup>. En consecuencia, la existencia y elementos integrantes de los perjuicios pretendidos deben ser siempre probados por quien los reclama, para que pueda ordenarse su resarcimiento.

De manera **subsidiaria**, es menester indicar al Despacho que la parte actora incurre en una estimación o tasación excesiva de los perjuicios que presuntamente habrían derivado como

<sup>8</sup> Óp. Cit. Página 800 a 821

<sup>9</sup> CSJ SC. Sentencia de 19 de junio de 1925 (G.J. T. XXXII, pág. 374).

Ariza & Gómez Abogados S.A.S.

Calle 33 No. 6B - 24 Oficina 505 - PBX: (+571) 4660134 - Móvil (+57) 3185864291

[www.arizaygomez.com](http://www.arizaygomez.com)

Bogotá D.C. - Colombia

consecuencia de la atención en salud brindada al paciente Julián Sebastián, a raíz de la atención médica en el Hospital de Suba (hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.), como pasa a desarrollarse.

### 2.1. Tasación excesiva de la solicitud de perjuicios morales:

En cuanto a los perjuicios morales, la parte actora realiza una estimación que resulta sobreestimada y carente de sustento probatorio y jurídico, además de ser excesiva teniendo en cuenta los parámetros sentados por la jurisprudencia del H. Consejo de Estado. En este sentido, en sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, la Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado fijó los topes indemnizatorios correspondientes al daño moral y a la salud y a la afectación relevante a bienes o derechos constitucional y convencionalmente amparados.

En el presente caso, en la demanda se pretende el reconocimiento de perjuicios morales por el lamentable fallecimiento del menor Julián Sebastián Rubio Osorio, sin embargo, la cuantía de la indemnización solicitada supera a todas luces la jurisprudencia del alto tribunal de lo contencioso administrativo.

Al respecto, el Consejo de Estado en el documento final aprobado mediante el acta del 28 de agosto de 2014 referentes para la reparación de perjuicios inmateriales, se dijo:

#### “2.1 REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

[...]

La siguiente tabla recoge lo expuesto:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

En este sentido, deberá ajustarse al criterio jurisprudencial de liquidación de los presuntos perjuicios, en el evento de que se encuentren debidamente acreditados, y seguirse de la manera en que la jurisprudencia administrativa los ha decretado.

### 2.2. Sobre la solicitud de indemnización de perjuicios por daño a la vida de relación y/o daño a la salud.

Adicional a la pretensión de indemnización de perjuicios por daño moral, la parte demandante solicita el reconocimiento de una indemnización por concepto de daño a la vida de relación o subsidiariamente, daño a la salud, derivados del fallecimiento del menor Julián Sebastián Rubio Osorio, sin estar presentes los presupuestos facticos, probatorios y jurisprudenciales para su reconocimiento.

En primer lugar, no es procedente proferir una condena por un eventual daño a la vida de relación, hoy subsumido dentro de la categoría de “daño a la salud”, a favor de la parte demandante, como quiera que esta tipología de daño está reconocida **únicamente para la víctima directa**, como lo sería en este caso el menor Julián Sebastián, fallecido el 9 de marzo de 2015. Lo anterior, conforme a la jurisprudencia del Consejo de Estado – Sección tercera, según la cual:

“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”<sup>[1]</sup>.

Adicionalmente, no es procedente una condena por este concepto dado que **la parte actora intenta una doble indemnización por un mismo concepto**, cual es, la intensa aflicción y dolor que les pudo causar la pérdida de su ser querido, el cual es precisamente indemnizado con el pago del daño moral.

Y en segundo lugar, la solicitud de indemnización por este concepto, efectuada por la parte actora, no atiende los criterios establecidos por el Consejo de Estado, puesto que, la indemnización del daño a la salud está dada según la gravedad de la lesión de la víctima, que debe estar debidamente acreditada, en los términos de la jurisprudencia del Consejo de Estado, *v.g.*, en sentencia de unificación del veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014)<sup>10</sup>, Consejero ponente: Enrique Gil Botero, precisó lo siguiente:

“Para la reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en las sentencias de unificación del 14 de septiembre de 2011, exps. 19031 y 38222, proferidas por esta misma Sala, en el sentido de que **la regla en materia indemnizatoria, es de 10 a 100 SMMLV**, sin embargo, en casos de extrema gravedad y excepcionales se podrá aumentar hasta 400 SMMLV, siempre que esté debidamente motivado<sup>11</sup>.

Lo anterior, en ejercicio del arbitrio iudice, para lo cual se tendrá en cuenta la gravedad y naturaleza de la lesión padecida, para tal efecto se utilizarán –a modo de parangón– los siguientes parámetros o baremos:

Gravedad de la lesión	Víctima
Igual o superior al 50%	100 SMMLV
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80 SMMLV
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60 SMMLV
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40 SMMLV
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20 SMMLV
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10 SMMLV

<sup>[1]</sup> Consejo De Estado Sala De Lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014), Radicación número: 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804), Consejera ponente: Stella Conto Díaz Del Castillo.

<sup>10</sup> Radicación número: 05001-23-31-000-1997-01172-01(31170)

<sup>11</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de unificación del 27 de agosto de 2014, exp. 31172, M.P. Olga Mérida Valle de De la Hoz

De manera subsidiaria, el Despacho deberá tener en cuenta que la indemnización que se pretende por daño a la salud en el presente caso no solamente no es procedente, por falta de prueba, sino que es excesiva, en consideración a que se pretenden sumas que superan los límites establecidos por la jurisprudencia del Consejo de Estado para la indemnización de este tipo de perjuicios, pues ni si quiera se ha establecido que los demandantes hubieran perdido la oportunidad de gozar de la vida, disfrutar de las actividades vitales, como para reclamar alguna indemnización de esta naturaleza.

Adicionalmente, resulta excesiva en atención a las condiciones de existencia, la forma de relacionarse y desarrollar las distas actividades cotidianas, recreativas o placenteras por parte de los demandantes, pues no se ha demostrado que las mismas se hayan visto menguadas con el infortunado y lamentable fallecimiento del menor Julián Sebastián.

### 2.3. Sobre la solicitud de indemnización de perjuicios materiales.

Así mismo, la parte actora pretende el reconocimiento de una indemnización por daño emergente y lucro cesante, cuyo origen estriba en la atención médica brindada al menor Julián Sebastián y su posterior fallecimiento. Para su examen, se divide de la siguiente manera:

#### - Sobre la solicitud de daño emergente:

Sobre el **daño emergente**, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, mediante sentencia del 4 de diciembre de 2006, radicación número 13168, con ponencia del Doctor Mauricio Fajardo Gómez preciso lo siguiente:

“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 se 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 presente como futuro, dependiendo del momento en que se haga su valoración.”

Al respecto, la parte actora alega o solicita la indemnización por concepto de perjuicios materiales en su modalidad de **daño emergente**, la suma de \$238.550 a razón de que habría pagado un medicamento para el tratamiento del menor Julián Sebastián.

Al respecto, es de referir que si bien la parte demandante allega como prueba documental una factura de fecha 30 de septiembre de 2014, ello no implica de por sí que deba ser asumido el pago por parte de la Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., puesto que efectivamente el medicamento cuyo reconocimiento se deprecia, no se encuentra cubierto por el Plan Obligatorio de Salud, y en esa medida, mal haría en sufragarlo la institución prestadora de salud.

En este sentido, la compra del medicamento no se constituye en un daño emergente causado por la parte demandada, puesto que se trataba de una erogación necesaria que debía ser asumida por los familiares del menor Julián Sebastián. De lo contrario, sería suponer que cualquier medicamento o tratamiento no cubierto por el POS, se podría recobrar a las IPS o EPS, los gastos en que se incurre para obtenerlos, con prescindencia de su pertinencia o costo, lo cual no tiene asidero jurídico.

En este sentido, dado que la jurisprudencia administrativa exige que el daño sea cierto, personal, directo y subsistente, características que no se cumplen en este caso, no está llamado a prosperar la pretensión de indemnización por esta tipología de perjuicio material.

#### - Sobre la solicitud del lucro cesante

Respecto de los criterios que deben tenerse en cuenta para reconocer la indemnización de este perjuicio, la Jurisprudencia administrativa ha exigido que éste debe ser **CIERTO**, v.g., en **sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014**, Expediente 36.149, el Consejo de Estado, Sección tercera, reiteró lo siguiente:

“**El lucro cesante**, de la manera como fue calculado por los peritos, no cumple con el requisito uniformemente exigido por la jurisprudencia de esta Corporación, en el sentido de que el perjuicio debe ser **cierto**, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización. El perjuicio indemnizable, entonces, puede ser actual o futuro, pero, de ningún modo, **eventual o hipotético**. Para que el perjuicio se considere existente, debe aparecer como la prolongación cierta y directa del estado de cosas producido por el daño, por la actividad dañina realizada por la autoridad pública<sup>12</sup>. Esa demostración del carácter cierto del perjuicio brilla por su ausencia en el experticio de marras”<sup>13</sup>.”<sup>14</sup>

Sobre la tasación del perjuicio de lucro cesante, ha dicho la jurisprudencia y la doctrina sobre su método de tasación:

“Debe tenerse presente que para el cálculo del lucro cesante deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

(1) Periodo indemnizable (n): para establecer el periodo indemnizable se deben tomarse en consideración varios aspectos:

a) **Duración de la incapacidad. La obligación de indemnizar a cargo del causante del daño está delimitada por el periodo de duración de las consecuencias del daño o perjuicio, que tratándose de daños causados a la persona de la víctima equivale al tiempo durante el cual se encuentre incapacitado para generar los ingresos que dejará de percibir.** Entonces:

(i) **En los casos de incapacidad temporal. El periodo indemnizable será el de duración de dicha incapacidad.** La duración de la incapacidad se acreditará el dictamen del médico correspondiente.”<sup>15</sup> (Negrillas fuera del texto).

Como lo manifiesta la jurisprudencia y la doctrina para reclamar lucro cesante se hace necesario acreditar la existencia de incapacidad laboral, la cual no ha sido demostrada dentro del presente caso, así como tampoco se allega alguna prueba que demuestre los ingresos que supuestamente devengaba la parte actora, como para reclamar las cuantías estimadas en la demanda.

Por otra parte, el reconocimiento de lucro cesante se torna improcedente, en tanto que los ingresos que dejó de percibir obedecieron a solicitudes voluntarias de licencia no remunerada, las cuales fueron autorizadas por la IPS donde trabaja la señora Sandra Mireya Osorio. Luego, mal haría en reconocer una suma de dinero como lucro cesante cuando estaba cesante en su trabajo, asumiendo los efectos jurídicos de dichas licencias, como lo es, dejar de percibir un ingreso o salario. En esa medida, no es procedente indemnizar a la parte demandante, que por su propia voluntad y conducta decidió dejar de percibir por un tiempo determinado, unos ingresos de parte de su empleador.

<sup>12</sup> En ese sentido pueden verse, entre otros, los pronunciamientos de esta Sección, de 2 de junio de 1994, CP Dr. Julio César Uribe Acosta, actor: Julio César Delgado Ramírez, expediente 8998, o el de 27 de octubre de 1994, CP Dr. Julio César Uribe Acosta, actor Oswaldo Pomar, expediente 9763.

<sup>13</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 4 de diciembre de 2006. Expediente 13.168.

<sup>14</sup> Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 68001233100020020254801 (36149), M. P. Hernán Andrade Rincón (E)

<sup>15</sup> Ibidem, pág. 30.

En todo caso, el Despacho deberá tener en cuenta que la tasación del perjuicio en la modalidad de lucro cesante se realizó de manera injustificada, sin el uso de fórmulas matemáticas, soportes y resulta excesiva atendiendo a las particularidades propias del presente caso, al no atender las reglas de cálculo de la jurisprudencia administrativa del Consejo de Estado.

### **Tercera: excepción genérica:**

Se propone para que se de aplicación a lo previsto en el inciso 1 del artículo 306 del C.P.C., en concordancia con el inciso 1 del artículo 282 del Código General del Proceso.

## **Segundo capítulo: contestación del llamamiento en garantía formulado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.:**

### **I. Aclaración inicial**

Para la contestación del llamamiento en garantía formulado por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. debe ponerse de presente al Despacho que como se manifiesta en los hechos y en general a lo largo de tal documento, se llama a mi poderdante en virtud de la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006171 vigente desde el 28/02/2014 hasta el 28/02/2015, cuya Modalidad de cobertura es la denominada “**Claims made**” o “**Reclamación**”. Es decir, que ampara las reclamaciones presentados por terceros en contra del asegurado durante la vigencia de la póliza.

Teniendo en cuenta que la Póliza de seguro base del llamamiento en garantía, aportada al proceso por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., NO se encontraban vigente para la fecha de la reclamación al asegurado (uno de los presupuestos de la modalidad “claims made” o “Reclamación” para activar la Póliza), se procede a **aportar** al expediente la **Póliza de seguro de responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006890**, la cual sí estaba vigente para la fecha 10/08/2016 (fecha de la solicitud de conciliación prejudicial) y cuyo tomador y asegurado es la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. E.S.E.

### **II. Pronunciamiento expreso sobre los hechos del llamamiento en garantía:**

Doy respuesta a los hechos expuestos por la sociedad llamante en garantía de la siguiente manera:

**Al hecho 1: es cierto** que La Previsora S.A. Compañía de Seguros expidió la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006171, tomador y asegurado el Hospital de Suba II Nivel de atención (hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.), la cual estuvo vigente desde el 28/02/2014 hasta el 28/02/2015, cuya Modalidad de cobertura es la denominada “**Claims made**” o “**Reclamación**”.

**Al hecho 2:** Toda vez que la parte llamante en garantía incorpora en un mismo numeral, más de un supuesto de hecho, para contestar apropiadamente, se separa como sigue:

- **Es cierto** que en la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006171 se cubrieron unos determinados riesgos, dentro de los cuales se amparó la responsabilidad civil en que incurra el asegurado, amparo que se encuentra sujeto a unos términos y condiciones.
- **No es cierto** que la póliza de seguro referida cubra los hechos del presente proceso, considerando que en el presente caso, no se cumple los requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales del seguro, para predicar la existencia de un siniestro objeto de cobertura por parte de la póliza de seguro.

**Al hecho 3:** Toda vez que la parte llamante en garantía incorpora en un mismo numeral, más de un supuesto de hecho, para contestar apropiadamente, se separa como sigue:

- **No me consta** que los hechos presuntamente iniciaron el 4 de agosto de 2014, considerando que se trata de un hecho ajeno a la compañía de seguros que represento, lo cual además es objeto de debate probatorio, en consecuencia, me atengo a lo que resulte probado dentro del presente proceso.
- **Es cierto** que la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006171 estuvo vigente desde el 28/02/2014 hasta el 28/02/2015.
- **No es cierto** que cualquier circunstancia que ocurriese dentro del término de vigencia de la póliza de seguros, deba ser cubierta por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, considerando que en el presente evento, no se cumple los requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales del seguro, para predicar la existencia de un siniestro objeto de cobertura por parte de las pólizas de seguro.

**Al hecho 4:** **no me consta**, teniendo en cuenta que en estricto sentido no se trata de un hecho sino de una manifestación referida a aportar una copia de la póliza de seguros al presente proceso, situación que no es objeto de un hecho frente al cual se pueda uno pronunciar. Así mismo, la parte llamante en garantía cita una norma, la cual es objeto de conocimiento del Despacho, sin que la compañía de seguros pueda realizar alguna observación.

### **III. Oposición a las pretensiones del llamamiento en garantía:**

Actuando en nombre y representación de La Previsora S.A. Compañía de Seguros **me opongo** a la pretensión formulada por la compañía llamante en garantía, pues en el presente caso, operó el fenómeno de la ineficacia o caducidad del llamamiento en garantía, dado que La previsora no fue notificada del auto que admitió el mismo, dentro del término otorgado por el Artículo 66 del Código General del Proceso.

Adicionalmente, no se ha demostrado la responsabilidad del asegurado y por ende no ha ocurrido un siniestro y/o la póliza de seguro base del llamamiento tiene límites y condiciones que delimitan la cobertura a los hechos y situaciones descritos en la demanda y el llamamiento en garantía.

De esta manera, actuando en nombre y representación de La Previsora S.A. solicito al Señor Juez dar estricta aplicación a los términos de los contratos de seguros, que delimitan de manera clara y expresa el riesgo cubierto.

Sin perjuicio de lo anterior, en el remoto evento en que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., llegare a ser encontrada responsable y condenada al pago de los perjuicios cuya indemnización pretende la parte demandante, solicito se observen los términos del contrato de seguro para efectos de determinar las prestaciones económicas a las que tiene derecho el asegurado, en virtud del seguro de responsabilidad civil que fundamentan este llamamiento en garantía.

#### **IV. Solicitud de ineficacia o caducidad el llamamiento en garantía formulado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. a La Previsora S.A.**

Se solicita al Despacho que por medio de auto escrito o mediante auto verbal emitido en audiencia inicial, declare la ineficacia o caducidad del llamamiento en garantía formulado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, o en su defecto, analice este argumento como excepción de fondo al momento de emitir la respectiva sentencia, atendiendo a los siguientes argumentos.

En el presente caso, ha operado la **ineficacia o caducidad** del llamamiento en garantía formulado a mi representada La Previsora S.A., con base en las siguientes consideraciones:

- La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. formuló llamamiento en garantía a mi representada Previsora mediante memorial radicado el día 15 de noviembre de 2017.
- Mediante **auto de fecha 16 de mayo de 2018** el Despacho admite el llamamiento en garantía formulado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. a mi representada Previsora.
- En dicho auto, se ordenó a la entidad llamante en garantía realizar el pago de las expensas necesarias para notificar a La Previsora. No obstante, la IPS no realizó dicho pago de manera oportuna y con posterioridad a ello, fue negligente en el tramite de notificación del mismo por parte del Despacho.
- Mi representada La Previsora fue notificada del anterior llamamiento en garantía en forma electrónica el día **3 de marzo de 2020**.
- El artículo 66 del Código General del Proceso en relación con la notificación del llamamiento en garantía señala que **“si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz.”**
- Quiero ello decir que, desde la admisión del llamamiento en garantía (**16 de mayo de 2018**) hasta que el mismo fue notificado a mi representada (**3 de marzo de 2020**) **transcurrieron sobradamente los 6 meses señalados en el artículo 66 del Código General del Proceso**, por lo que en el presente caso deberá declararse que el llamamiento en garantía formulado por La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. a Previsora ha sido **ineficaz o ha caducado**.

Con base en las anteriores argumentaciones, solicito respetuosamente declarar ineficaz el llamamiento en garantía, y, por ende, la ausencia de obligación a cargo de mi mandante en este proceso.

## V. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía:

Además de las defensas y excepciones planteadas al ofrecer respuesta a los hechos y de aquellas que resulten probadas en el proceso, que deben ser declaradas de oficio por el Despacho, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 282 del C.G.P. propongo desde ahora las siguientes:

**Primera: Ausencia de obligación - la ausencia de responsabilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., determina la ausencia de siniestro para las pólizas de seguro expedidas por La Previsora S.A. Compañía de Seguros y, por ende, la inexistencia de obligación.**

Con fundamento en el principio consignado en la norma a que se refiere el artículo 1056 del Código de Comercio, en las condiciones generales de los seguros expedidos por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, se estableció que la cobertura de los contratos consistía en la indemnización de los perjuicios derivados de la responsabilidad civil que le fuera imputable al asegurado, en los términos y condiciones de los seguros. Ahora bien, de acuerdo con los argumentos que fueron expuestos a lo largo de la contestación a la demanda, los cuales serán demostrados en el desarrollo del proceso, es claro que no existe responsabilidad alguna que le sea imputable a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., por las pretensiones que se pretenden en la demanda.

En consecuencia, al no existir responsabilidad de ninguna clase por parte de la sociedad llamante en garantía en los daños que afirma haber sufrido los demandantes, el presupuesto para la activación de la cobertura otorgada mediante el Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales expedido por La Previsora S.A. no se presentó y, por lo tanto, nos encontramos en presencia de hechos no cubiertos por las pólizas que obran en el expediente.

Por lo anterior, no podrán prosperar pretensiones en contra de la compañía aseguradora que represento, toda vez que como ya se ha expuesto, existen razones que impiden la declaración de responsabilidad civil respecto del asegurado.

**Segunda: inexistencia de un siniestro amparado – ausencia de cobertura con base en la póliza de seguro No. 1006171 contratada bajo la modalidad de cobertura “claims made” o reclamación:**

En segundo lugar, se propone la presente excepción, para lo cual solicito respetuosamente al Despacho, se decida absolver a la llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros, atendiendo a que la póliza de seguro de responsabilidad civil Clínicas y Hospitales No. 1006171 base del llamamiento en garantía, al haber sido contratada bajo la modalidad “**claims made**” o reclamación, modalidad que impone la condición específica para que nazca la obligación de la aseguradora, de que se presente una reclamación durante el periodo de su vigencia, y **como dicha situación no se presentó en el presente caso**, la misma no puede brindar cobertura a los hechos del presente proceso.

**2.1. Condiciones de cobertura de la póliza No. 1006171 en el caso concreto – *Claims Made* puro sin periodo adicional de reclamaciones:**

La póliza de seguro de responsabilidad civil No. 1006171 emitida por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, cuyo tomador y asegurado es la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., fue contratada bajo la modalidad de cobertura denominada “**claims made**” o **reclamación, en su modalidad pura, sin que se haya contratado periodo adicional para reclamaciones**, lo que significa que la póliza solo brinda cobertura a los hechos que se hayan presentado durante la vigencia del seguro o en el periodo de retroactividad pactado, **siempre y cuando la reclamación de responsabilidad al asegurado o a la aseguradora se produzca durante la vigencia de la póliza**, como se señala expresamente en los numerales 1.1. y 1.5. de las condiciones generales de la póliza.

En efecto, se evidencia en las condiciones generales de la póliza de seguro No. 1006171 (**forma RCP-006-3**) que se aportan al proceso y que hacen parte integral del contrato de seguro base del llamamiento en garantía, lo siguiente:

- Condiciones generales **forma RCP-006-3** aplicables a la póliza de seguro No. 1006171.

“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 LIMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS)**”. (Negrilla fuera de texto).

Por su parte, el numeral 1.5., establece en lo pertinente:

“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:

(...)

- b) **QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERIODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS**”. (Negrilla fuera de texto).

Finalmente, en las condiciones generales de la póliza se pactó la POSIBILIDAD de contratar un periodo adicional de reclamaciones, previo el cumplimiento de los requisitos y/o condiciones allí indicados, **el cual NO fue contratado en este caso** ni se evidencia ANEXO o certificado que dé cuenta de dicha circunstancia, **razón por la cual nos encontramos en un sistema de Claims Made Puro sin periodo adicional de reclamaciones, siendo aplicable por tanto lo establecido en el inciso 1º del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, y NO su inciso segundo.**

## 2.2. Sobre el sistema de cobertura Claims Made o reclamación en las pólizas de seguro de responsabilidad civil:

En torno a las cláusulas “claims made” o reclamación, la jurisprudencia nacional ha establecido que las mismas fueron admitidas por el ordenamiento jurídico en aras de lograr un equilibrio entre las necesidades de cobertura para los asegurados y una prima de competitiva a través de los bajos costos para los tomadores, permitiendo pactar en el contrato de seguro, que la aseguradora solamente pague la respectiva indemnización en los eventos en que la reclamación es realizada durante la vigencia de la póliza.

En efecto, el fundamento jurídico de la modalidad de cobertura pactada en este caso está dada por el inciso 1° del artículo 4 de la Ley 389 de 1997 que es del siguiente tenor:

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

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

Se evidencia en la mencionada norma la consagración de la cobertura claims made pura (inciso primero) y claims made con periodo adicional de reclamaciones (inciso segundo). Siendo importante señalar como se indicó en el numeral anterior, que en el caso concreto NO se pactó periodo adicional para reclamaciones respecto de ninguna de las pólizas, razón por la cual, nos encontramos frente a un sistema CLAMIS MADE PURO SIN PERIODO ADICIONAL DE RECLAMACIONES, por lo cual, no es procedente entrar a analizar si la reclamación en este caso se presentó dentro de los dos años posteriores a la finalización de la vigencia de la póliza.

Ahora bien, al respecto del sistema de aseguramiento bajo la modalidad claims made o reclamación hecha, la jurisprudencia del Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección A, ha reconocido esta modalidad de cobertura en los contratos de seguro, v.g., en sentencia de fecha 29 de mayo de 2014<sup>16</sup>, en donde precisó lo siguiente:

**“Pero adicionalmente el artículo 4 de la ley 389 de 1997 introdujo una innovación en lo que se refiere al seguro de responsabilidad civil, al consagrar la posibilidad que las partes acuerden de manera expresa una modalidad de cobertura diversa a la de la ocurrencia, que era la única admitida hasta su expedición, modalidad que se conoce en el mundo asegurador como “Claims made” o “por reclamación” donde el reclamo, bajo ciertas condiciones, viene a constituir el siniestro.**

(...)

A raíz de lo dispuesto en el citado artículo, **se han desarrollado una serie de cláusulas que delimitan temporalmente el riesgo en el seguro de responsabilidad civil, entre las que podemos mencionar el Claims made puro, con periodo de retroactividad, con periodo adicional, entre otros. Pero es posible que las partes convengan mezclas alternativas, como**

<sup>16</sup> Sentencia de tutela de la sección segunda, subsección A del Consejo de Estado radicación 11001-03-15-000-2014-00624-00 de 29 de mayo de 2014 CP. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren.

Ariza & Gómez Abogados S.A.S.

Calle 33 No. 6B - 24 Oficina 505 - PBX: (+571) 4660134 - Móvil (+57) 3185864291

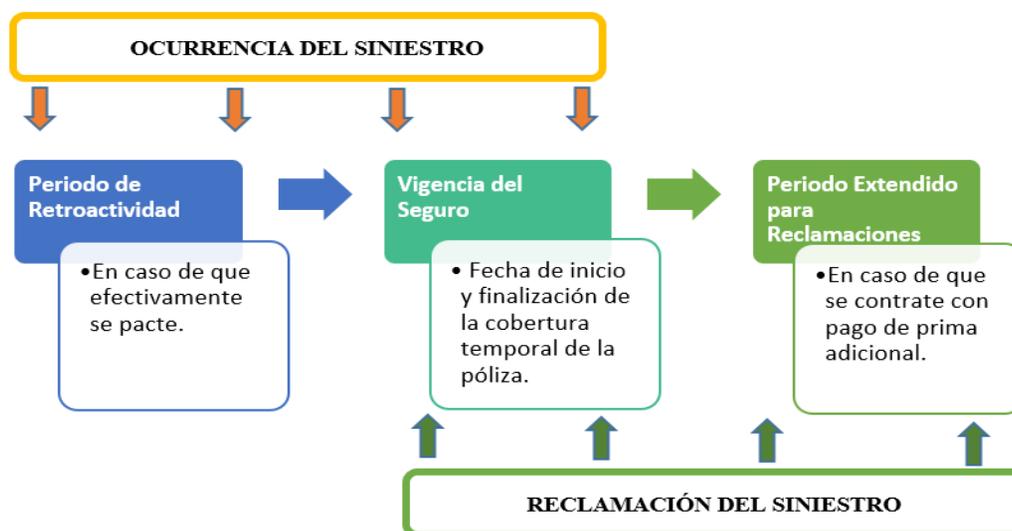
[www.arizaygomez.com](http://www.arizaygomez.com)

Bogotá D.C. - Colombia

una cláusula de reclamación con una modalidad especial o con una de ocurrencia.” (Se resalta)

Conforme se ha expuesto, entonces, a más de la configuración del siniestro o realización del riesgo asegurado (art. 1072 del C. de Co.), que en el seguro de responsabilidad tiene una regla especial (art. 1131 del C. de Co.), lo cierto es que cuando se ha pactado la forma de reclamación hecha (claims made), es menester que el reclamo de responsabilidad al asegurado o al asegurador, se produzca en el término de vigencia de la póliza que se hubiese acordado, o en el plazo posterior convenido.

Este esquema puede graficarse de la siguiente manera, según las condiciones de la Póliza:



### 2.3. Aplicación de los conceptos antes desarrollados al caso concreto:

Una vez establecidas las condiciones bajo las cuales es posible predicar cobertura de un seguro pactado bajo la modalidad reclamación o claims made, resulta claro y evidente que la póliza de seguro de responsabilidad civil No. 1006171, **no puede afectarse en el presente proceso**, en tanto que no se cumplieron las condiciones necesarias para que la misma brinde cobertura en este caso, como se desprende del siguiente análisis:

- La Póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006171, tuvo una **vigencia desde** 28/02/2014 hasta el 28/02/2015.
- La Póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006171 fue contratada bajo la modalidad claims made o reclamación, requiriendo para su activación, una reclamación al asegurado – por parte de la víctima -, dentro de la vigencia de la póliza.
- El hecho productor del daño al demandante se habría presentado entre el 04 de agosto de 2014 y el 09 de marzo de 2015, derivado de la atención médica brindada al menor Julián Sebastián por parte del Hospital de Suba.
- La reclamación extrajudicial de responsabilidad al asegurado Hospital de Suba (hoy Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.), se presentó con la solicitud de conciliación extrajudicial radicada por los demandantes el **10 de agosto de 2016**, según se desprende de la constancia del Centro de Conciliación de la Procuraduría Once Judicial II para Asuntos Administrativos, que obra dentro del expediente, en el que se declara fallida por falta de ánimo conciliatorio.

- Del anterior hecho, se observa que la **primera reclamación** al asegurado **ocurrió por fuera de la vigencia de la póliza de seguro No. 1006171**, en tanto se presentó un año y cinco meses con **POSTERIORIDAD** a la finalización de la vigencia del seguro referido; requisito o supuesto esencial establecido en la póliza para que brinde cobertura.

De manera que, es claro que no se puede afectar la póliza de seguro de responsabilidad civil No. **1006171**, pues las condiciones de cobertura bajo las cuales fue contratada (Sistema de cobertura Claims Made), no se cumplieron dentro del presente caso, por lo que deberá procederse con la absolución de Previsora S.A. Compañía de Seguros de las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, específicamente con relación a la póliza de seguro base del llamamiento en garantía.

**Tercera: riesgo excluido - configuración de causales no cubiertas en los contratos de seguro instrumentados en las Pólizas de seguro de Responsabilidad civil Clínicas y Hospitales No. 1006171 y No. 1006890:**

De manera subsidiaria, se propone la configuración de causales de exclusión de las pólizas de seguro de responsabilidad civil Clínicas y Hospitales No. 1006171 y No. 1006890, las cuales se encuentran plasmadas en las condiciones particulares y generales de las pólizas expedidas por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, correspondiente a eventos o circunstancias en los que las pólizas no brindan cobertura así:

- Configuración de la causal de exclusión No. 2.3. de las condiciones generales de las pólizas:

Dicha causal excluye de cobertura aquellos eventos generadores de responsabilidad civil para el asegurado que devengan de: “LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD”.

De acreditarse en el presente asunto que existió responsabilidad civil profesional individual de algún médico o profesional de la salud que atendió al menor Julián Sebastián, dicha causal se habrá configurado y en consecuencia se excluye la responsabilidad de La Previsora S.A.

- Configuración de la causal No. 2.26. de exclusión de las condiciones generales de las pólizas:

Dicha causal indica que no habrá cobertura frente aquellos eventos de: “TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL “PACIENTE”.

De encontrarse acreditado en el presente proceso que el asegurado, abandonó o negó atención a la paciente, se configurará esta causal de exclusión.

En consecuencia, solicito amablemente al Despacho declarar probada esta excepción.

**Cuarta: límite de responsabilidad del asegurador: aplicación de los límites y sublímites establecidos en las pólizas de seguro No. 1006171 y No. 1006890 - sublímite para el amparo de daños extrapatrimoniales:**

De manera subsidiaria, debe tenerse en cuenta que las condiciones particulares de las pólizas de seguro No. 1006171 y No. 1006890, expedidas por La Previsora S.A. Compañía de Seguros y

Ariza & Gómez Abogados S.A.S.

Calle 33 No. 6B - 24 Oficina 505 - PBX: (+571) 4660134 - Móvil (+57) 3185864291

[www.arizaygomez.com](http://www.arizaygomez.com)

Bogotá D.C. - Colombia

tomadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., amparan los daños extrapatrimoniales, es decir daño moral, daño a la salud y otros de creación jurisprudencial, que haya causado el asegurado, sí y sólo si estos se derivan de un daño material o lesión corporal cubierto por la póliza.

Así mismo, dentro de las condiciones particulares de las pólizas de seguro se estableció de manera congruente, que dichos daños extrapatrimoniales, en el caso de encontrarse cubiertos por las pólizas, se encuentran sometidos a un **sublímite de responsabilidad para el amparo de daños extrapatrimoniales**, de la siguiente manera:

- Sublímite para el amparo de daños extrapatrimoniales en la póliza No. 1006171, de la siguiente manera:

“RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES  
AMPAROS BÁSICOS OBLIGATORIOS  
[...]  
-límites solicitados  
-Daños Morales Por evento \$ 75,000,000 Por vigencia \$150,000,000”

- Sublímite para el amparo de daños extrapatrimoniales en la póliza No. 1006890, de la siguiente manera:

“SUBLÍMITES  
[...]  
Perjuicios extrapatrimoniales, **sublimitado a 10% por evento** y 40% en el agregado anual. 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.” (Página 2 de la póliza)

Atendiendo a que el valor asegurado de la póliza es de \$370.000.000, el sublímite para cualquier eventual condena por concepto de perjuicios extrapatrimoniales, corresponde a **\$37.000.000** para este evento, suma que deberá ser tenida en cuanto por el Despacho para determinar la responsabilidad de La Previsora, en relación con una eventual condena por perjuicio moral, daño a la salud, o cualquier otro perjuicio extrapatrimonial.

En consecuencia, en el hipotético caso de que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. resulte responsable por los perjuicios extrapatrimoniales ocasionados a la parte demandante, La Previsora S.A. Compañía de Seguros **solo está obligada a responder por dicha modalidad de perjuicios, hasta el límite dispuesto en cada póliza de seguro**, por responsabilidad civil suscrita entre las partes, que obedece al monto máximo por evento, según la caratula de las pólizas.

En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho, tener en cuenta este concepto en el evento de que exista una eventual condena en contra de mi Mandante.

**Quinta (subsidiaria): sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones previstos en las pólizas de seguro No. 1006171 y No. 1006890:**

Así mismo, de manera general, se solicita al Despacho tener en cuenta todos los términos, límites, exclusiones y condiciones particulares y generales establecidos en las pólizas de seguro expedidas por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, las cuales determinan el alcance de las eventuales responsabilidades u obligaciones de mí mandante en este caso.

### 5.1. Definición de los amparos:

En las condiciones particulares y generales de cada póliza, se definen los amparos cubiertos por las pólizas, lo cual resulta fundamental a efectos de que el Despacho constate y determine la aplicación de alguno de ellos, los términos y condiciones a los cuales debe sujetarse de conformidad con lo pactado por las partes contractuales.

### 5.2. Limite y sublímites del valor asegurado por amparo:

En lo que respecta al límite y sublímites del valor asegurado, es importante indicar que corresponde a la cifra máxima por la cual La Previsora S.A. será responsable por todo concepto de “indemnización”, “costas, gastos, intereses y honorarios”, conforme a los límites de cobertura indicados en la póliza y condiciones particulares, tal y como lo dispone el artículo 1079 del Código de Comercio.

### 5.3. Aplicación del deducible a cargo del asegurado

En caso de una sentencia desfavorable a mí mandante en el marco de este llamamiento en garantía, será necesario que el Despacho reconozca, para establecer la suma que tuviere que llegar a reembolsar la compañía asegurada que represento, el deducible pactado en la póliza de seguro de responsabilidad civil Clínicas y Hospitales No. 1006890.

En efecto, dicho deducible en la póliza de seguro No. 1006890, se pactó de la siguiente manera:

“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 \$18.000.000**” (Página 2 de la póliza)

En consecuencia, será necesario que el Despacho reconozca el deducible del **10% del valor de la pérdida mínimo \$18.000.000 por evento**, pactado en las condiciones particulares de la póliza, el cual deberá ser asumido por el asegurado de conformidad con las previsiones del Código de Comercio así:

“**ARTÍCULO 1103. DEDUCIBLE.** Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original.”

Así las cosas, en cualquier caso, del monto indemnizable que llegare a resultar a cargo de La Previsora y a favor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., como consecuencia de la eventual responsabilidad de esta última en los daños que alega haber sufrido la parte actora, se deberá descontar el equivalente al deducible precisado en la caratula de la póliza, que debe asumir el asegurado ante una eventual condena.

### Séxta: excepción genérica:

Se propone para que se de aplicación a lo previsto en el inciso 1° del artículo 282 del Código General del Proceso.

## **VI. Fundamentos de derecho de la defensa frente a la demanda y llamamiento en garantía:**

Constituyen fundamento de la presente contestación de demanda y llamamiento en garantía, las normas y fundamentos de derecho expuestos al interior de cada excepción, así como las siguientes normas:

1. Artículos 1604 y ss. del Código Civil.
2. Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes
3. Artículos 1056, 1072, 1077, 1088, 1089, 1127 y siguientes del Código de Comercio.
4. Artículo 4 Ley 389 de 1997.
5. Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo
6. Las demás normas concordantes, afines o complementarias.

## **VII. Petición de pruebas:**

Solicito al Despacho decretar la práctica de las pruebas señaladas a continuación. Igualmente, manifiesto que me reservo el derecho de intervenir en la práctica de las pruebas solicitadas por las partes y en aquellas cuya práctica llegue a decretar de oficio el Despacho.

### **1. Interrogatorio de parte:**

Solicito de manera respetuosa se fije fecha y hora para interrogar a los demandantes **Sandra Mireya Osorio, Juan Manuel Rubio, Julián David Rubio Aríza** y demás demandantes, con el fin de que contesten las preguntas que les formularé personalmente o mediante escrito presentado ante el Despacho, respecto de los hechos y pretensiones de la demanda y de esta contestación.

### **2. Documentales:**

- Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. **1006171**, vigente desde el 28/02/2014 hasta el 28/02/2015.
- Condiciones generales aplicables a la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006171, base del llamamiento en garantía (**Forma RCP-006-3**).
- Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. **1006890**, vigente desde el 01/08/2016 hasta el 28/02/2017. (Vigente para la fecha de la reclamación al asegurado)
- Condiciones generales aplicables a la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1006890. (Forma RCP-006-4).

## **VIII. Anexos**

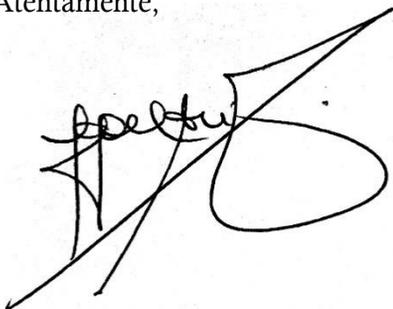
- Poder Especial para obrar otorgado por el Representante Legal de La Previsora S.A. Compañía de Seguros.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de La Previsora S.A. Compañía de Seguros, emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

## **IX. Notificaciones:**

- Mi poderdante, en la Calle 57 No. 9 – 07 de Bogotá D.C
- La parte demandante y las demandadas, en la dirección indicada en la demanda y en las contestaciones.

- El suscrito, en la Calle 33 No. 6 B – 24 Of. 505 de Bogotá D.C., correo electrónico [rafaelariza@arizaygomez.com](mailto:rafaelariza@arizaygomez.com), Tel. 4660134 o en la secretaria del Juzgado.

Atentamente,



**Rafael Alberto Ariza Vesga**  
C.C. N°. 79.952.462 de Bogotá  
T.P. N° 112.914 del C. S. de la J.

Señores:  
**JUZGADO 35 ADMINISTRATIVO DE BOGOTA D.C.**  
E. S. D,

Referencia: Acción de Reparación Directa  
Demandante: SANDRA MIREYA OSORIO AREVALO  
Demandado: HOSPITAL DE SUBA E.S.E.  
Radicado: 2017-019  
Asunto: Poder

**JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.014.214.701 de Bogotá DC, mayor de edad y vecino de Bogotá, actuando en mi condición de Representante Legal Judicial y Extrajudicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA 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 al abogado **RAFAEL ALBERTO ARIZA VESGA**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá, identificado con C.C. No. 79.952.462 de Bogotá, abogado en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 112.914 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.

Atentamente,



**JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ**  
C.C. 1.014.214.701 de Bogotá D.C.  
Representante Legal.

Acepto



**RAFAEL ALBERTO ARIZA VESGA**  
C.C. No 79.952.462 de Bogotá D.C.  
T.P. No 112.914 Del C.S. de la J.

Revisó: Luis E. López  
Caso Litisoft: 26300  
04-03-2020

PRESENTACION PERSONAL

PATRICIA TELLEZ LOMBANA  
NOTARIA 72 DE BOGOTÁ D.C.

El anterior escrito fue presentado ante  
LA NOTARIA SETENTA Y DOS DEL  
CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.  
Personalmente por:

**HERNÁNDEZ ORDÓNEZ JOAN SEBASTIÁN**

quien exhibió C.C. 1014214701 expedida en BOGOTÁ D.C.

Tarjeta Profesional No. del C.S.J.

Bogotá D.C. 05/03/2020

hnmviam7AAnjn6ynyn

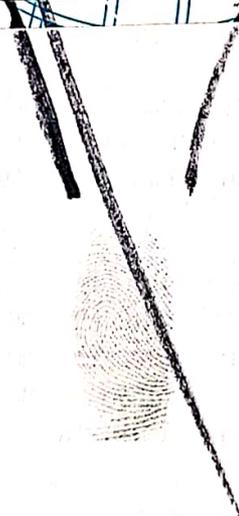
www.notariaenlinea.com

8F4PV23NIPABKBLV

El declarante:



Handwritten signature in blue ink.



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 6962130996746160**

Generado el 01 de julio de 2020 a las 09:26:51

### **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: 6962130996746160

Generado el 01 de julio de 2020 a las 09:26:51

**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, Secretaria 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
Silvia Lucía Reyes Acevedo	CC - 37893544	Presidente (Sin perjuicio de lo

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



El emprendimiento  
es de todos

Minhacienda

## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6962130996746160

Generado el 01 de julio de 2020 a las 09:26:51

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: 28/08/2018		dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020034532-000-000 del día 4 de marzo de 2020, que con documento del 26 de febrero de 2020 renunció al cargo de Presidente y fue aceptada por Decreto No. 283 del 26 de febrero de 2020. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Benjamín Galán Otálora Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018	CC - 80425713	Vicpresidente Financiero
Clara Inés Montoya Ruíz Fecha de inicio del cargo: 27/12/2018	CC - 42897622	Vicepresidente Comercial
María Elvira Mac-douall Lombana Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019	CC - 39688259	Vicepresidente Técnica
Consuelo González Barreto Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018	CC - 52252961	Vicepresidente Jurídico
Daniela Sánchez Polanco Fecha de inicio del cargo: 01/06/2020	CC - 38144988	Secretaria General Encargada
José Bernardo Alemán Cabana Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018	CC - 79672347	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro
Ivan Mauricio Panesso Alvear Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 94400710	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente
Paola Andrea Gómez Mesa Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 52266729	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles
Adriana Díaz 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
Adriana Orjuela Martínez Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51981720	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos
Sandra Patricia Pedroza Velasco Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51995365	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones SOAT, Vida y Accidentes Personales



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6962130996746160

Generado el 01 de julio de 2020 a las 09:26:51

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Yeimi Gómez Rincón Fecha de inicio del cargo: 07/03/2019	CC - 52508175	Vicepresidente de Desarrollo Corporativo
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
Maribel Sandoval Varon Fecha de inicio del cargo: 27/01/2020	CC - 52087519	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
Joan Sebastián Hernández Ordoñez Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019	CC - 1014214701	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 2010 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

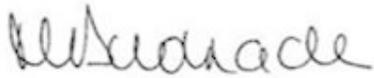


SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 6962130996746160**

Generado el 01 de julio de 2020 a las 09:26:51

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



**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."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



PÓLIZA N°

1006171

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

## 13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 10 MES 3 AÑO 2014			CERTIFICADO DE EXPEDICION			N° CERTIFICADO 0			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. SI		
TOMADOR 1807-HOSPITAL DE SUBA DIRECCIÓN AVDA CIUDAD DE CALI NO.152-00, SANTAFE DE BOGOTA DC, BOGOTA									NIT 800.216.883-7 TELÉFONO 6828935								
ASEGURADO 1807-HOSPITAL DE SUBA DIRECCIÓN AVDA CIUDAD DE CALI NO.152-00, SANTAFE DE BOGOTA DC, BOGOTA									NIT 800.216.883-7 TELÉFONO 6828935								
EMITIDO EN BOGOTA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DÍA MES AÑO A LAS						NÚMERO DE DÍAS			
MONEDA Pesos			7002	70	10 3 2014			28 2 2014 00:00						28 2 2015 00:00	365		
TIPO CAMBIO 1.00									FORMA DE PAGO 34. CONVENIO LICITAC			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 300,000,000.00					

Riesgo: 1 - HOSPITAL SUBA II NIVEL DE ATENCION  
AV CIUDAD DE CALI 152 00, BOGOTA, CUNDINAMARCA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	300,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	300,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	300,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	300,000,000.00	SI	38,589,600.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	300,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	50,000,000.00		
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	100,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	50,000,000.00		

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
HOSPITAL DE SUBA	NIT 8002168837	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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***38,589,600.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***6,174,336.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
<b>TOTAL A PAGAR EN PESOS</b>	<b>\$**44,763,936.00</b>

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 DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO 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.

17/10/2019 17:22:11

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.1006171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

SE EXPIDE LA PRESENTE PÓLIZA DE ACUERDO CON RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN NO. 000046 DEL 27/02/2014 CORRESPONDIENTE A PROCESO DE INVITACION PUBLICA NO. 01-2014, BAJO LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES:

**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES  
AMPAROS BÁSICOS OBLIGATORIOS**

- Clínicas y Hospitales u otro tipo de establecimientos o Instituciones médicas.
- 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 medico
- 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 Int. Asegurada
- límites solicitados
- Gastos médicos incluyendo personal del asegurado Por evento \$ 50,000,000 Por vigencia \$150,000,000
- Daños Morales Por evento \$ 75,000,000 Por vigencia \$150,000,000
- Gastos y costos de defensa Por evento \$ 50,000,000 Por vigencia \$100,000,000

**CLAUSULAS ADICIONALES OBLIGATORIOS**

- 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
- Propietarios, arrendatarios, o poseedores para cubrir cualquier gasto que legalmente deba pagar la entidad por la responsabilidad civil que llegare a imputársele en su calidad de arrendatario o poseedor.
- No aplicación de deducibles para gastos médicos.
- Cirugías practicas o estéticas que estén contempladas dentro del POS, o como consecuencia de un fallo emitido a favor de un paciente por tutela, como cirugías variaticas, reconstrucción del seño, cirugías a consecuencia de un accidente o por cirugías reconstructivas de anomalías congénitas. Se ofrece únicamente como consecuencia de un accidente o una enfermedad congenita
- Eventos adversos

**CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS**

- Anticipo de indemnización 50%
- Requisitos para pago de indemnización. A INDICARSE EN LA OFERTA
- Arbitramento
- Designación de ajustadores
- Amparar los costos e intereses por los cuales sea responsable la entidad desde cuando 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 su participación en tales gastos. SUBLIMITADO AL 5% DEL VALOR ASEGURADO
- experticio tecnico y/o profesional.

**DEDICIBLES.**

Sin Deducibles.

# IDENTIFICACION DEL PAGO



**PREVISORA**  
SEGUROS

POLIZA No. 1006171

CERTIFICADO No. 0

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

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

<b>Ramo</b> RESPONSABILIDAD CIVIL	<b>Sucursal</b> REGIONAL ESTATAL
--------------------------------------	-------------------------------------

<b>Valor Prima</b> \$38,589,600.00	<b>Valor IVA</b> \$6,174,336.00	<b>Tomador</b> 1807 - HOSPITAL DE SUBA
---------------------------------------	------------------------------------	---

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
08/09/2014	\$*****0.00	**38,589,600.00	***6,174,336.00				

## APRECIADO CLIENTE

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

SISE-CAR-010-1

## CONVENIO DE PAGO: 34. CONVENIO LICITACIONES



**PREVISORA**  
SEGUROS

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 HOSPITAL DE SUBA

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 \$ 44,763,936.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	08/09/2014	\$*****0.00	**38,589,600.00	***6,174,336.00					

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
1006171	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	\$*300,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de BOGOTA a los 10 días del mes de MARZO de 2014

### 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 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.

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:
- 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 MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FORMALMENTE, 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/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.

## 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, anamnesis, 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 Asegurado, 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 Asegurado 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 efectúen 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 Asegurado, 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 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 deriven de esta póliza en los siguientes casos:

- Quando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.
- Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.
- Quando 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

- 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.
- Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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:

- Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañinos 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.

PÓLIZA Nº

1006890

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS  
NIT. 860.002.400-2**PREVISORA**  
SEGUROS**13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL**

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			Nº CERTIFICADO			CIA. PÓLIZA LÍDER Nº			CERTIFICADO LÍDER Nº			A.P.			
DÍA	MES	AÑO	EXPEDICION			0									NO			
28	10	2016	TOMADOR 20548675-SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E									NIT 900.971.006-4						
			DIRECCIÓN KR 6 A 119B 14, BOGOTA, CUNDINAMARCA									TELÉFONO 6191220						
			ASEGURADO 20548675-SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E									NIT 900.971.006-4						
			DIRECCIÓN KR 6 A 119B 14, BOGOTA, CUNDINAMARCA									TELÉFONO 6191220						
EMITIDO EN BOGOTA			CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos							DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO		A LAS		DÍA MES AÑO		A LAS		
TIPO CAMBIO 1.00			7002		70		28 10 2016			1 8 2016		00:00		28 2 2017		00:00		211
CARGAR A: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E									FORMA DE PAGO 34. CONVENIO LICITAC			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 370,000,000.00						

Riesgo: 1 -  
KR 6 A 119 B 14 HOSPITAL DE SUBA, BOGOTA, CUNDINAMARCA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	370,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	370,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	370,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	370,000,000.00	SI	25,320,000.00
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 18,000,000.00 \$ NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	370,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		74,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		18,500,000.00		
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		74,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		37,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMLLV NINGUNO				

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	NIT 9009710064	100.000 % NO APLICA

RCP-006-4 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$****25,320,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***4,051,200.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
<b>TOTAL A PAGAR EN PESOS</b>	<b>\$**29,371,200.00</b>

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 DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO 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.

04/09/2019 09:21:54

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				1142	1	PIZANO Y ECHEVERRI Y A	12.50	3,165,000.00

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1006890 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

SE EXPIDE LA PRESENTE PÓLIZA A SOLICITUD DEL ASEGURADO BAJO LOS SIGUIENTES TERMINOS Y/O CONDICIONES:

RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: BOGOTA - CUNDINAMARCA

VIGENCIA: DOCE MESES.

**OBJETO DEL SEGURO**

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

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

RETROACTIVIDAD: Agosto 23 de 2010

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$370.000.000 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 \$18.000.000

**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 20% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como ?pacientes? del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 10% por evento y 40% en el agregado anual. Incluye perjuicio moral, perjuicios fisiológicos y daños a la vida de relación, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

**AMPAROS**

Responsabilidad civil profesional médica:

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

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

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1006890 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

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

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

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

Responsabilidad civil general:

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

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

8. Responsabilidad por todo concepto de costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la carátula 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 carátula 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:

- Que dicho 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 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:

- Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente)
- Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen.
- 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.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1006890 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a ¿pacientes? en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente?. de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente?.
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. 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.
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  
Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1006890 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **EXPEDICION**

0

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.

12. Todo endoso modificatorio que el cliente requiera tendrá un costo de \$7.000+ IVA por concepto de gastos de emisión, excepto los relacionados con licitaciones

13. La presente oferta comercial tendrá validez de 15 días calendario. En caso de presentarse un evento siniestral o cualquier otra circunstancia que modifique las condiciones del riesgo, la presente oferta quedará sin validez automáticamente

\*\*\*SE REALIZA LA SIGUIENTE ACLARACION A PARTIR DEL 1 DE AGOSTO DE 2016, ASI :

DE ACUERDO AL DECRETO NRO.171 DEL 6 DE ABRIL DE 2016, EL CONCEJO DE BOGOTA EFECTUO LA REORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD DE BOGOTÁ, D.C. Y ORDENO LA FUSIÓN DE LA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO ADSCRITAS A LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ; Y TENIENDO ENCUESTA EL ACUERDO NRO. 641 DEL 6 DE ABRIL DE 2016 "POR EL CUAL SE EFECTUAN LA REORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN BOGOTA, SE MODIFICA EL ACUERDO 257 DE 2005 Y SE EXPIDEN OTRAS DOSPOSICIONES"

POR LO ANTERIOR ESTA POLIZA ES CONTINUIDAD DE LA NUMERO 1006695 SIGUIENDO EN IGUALDAD DE CONDICIONES JUNTO CON SU RESPECTIVA RETROACTIVIDAD DESDE AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PRIMERA PÓLIZA EXPEDIDA, SIN QUE HUBIESE PRESENTADO PERÍODOS DE INTERRUPCIÓN Y HASTA EL VENCIMIENTO DE ESTA POLIZA.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



## 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 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.

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.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUSDEPENDIENTES;
- 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 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 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/U 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.
- 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/U 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/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS 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/U 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.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 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.
- 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 DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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 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, anamnesis, 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 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.
- 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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 específica cada 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 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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.

## 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**,

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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 fin 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

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.

## 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.

## 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,

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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:

- Quando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.
- Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.
- Quando 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.

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 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



## 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.

## 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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 (retención 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).
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.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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.

