

RV: Proceso No. 11001333603420180020100 Demandante: Beiza Bonilla Robayo y otros Demandado: Nación – Ministerio de Justicia y otros Llamado en garantía: La Previsora SA Asunto: Contestacion llamamiento en garantía Dumian y Contestacion de la demanda

Correspondencia Sede Judicial CAN - Bogotá - Bogotá D.C.

<correscanbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Miércoles 15/06/2022 4:02 PM

Para: Juzgado 34 Administrativo Sección Tercera - Bogotá - Bogotá D.C. <jadmin34bta@notificacionesrj.gov.co>

CC: Ana Cristina Ruiz <ana.ruiz@lexia.co>

 4 archivos adjuntos (1 MB)

Contestación llamamiento Dumian Medical y Demanda_ Beiza Bonilla 15062022.pdf; RCP-006-5 (.pdf; rcp-006-4.pdf; certificado (6).pdf;

Cordial saludo,

De manera atenta informamos que ha sido radicado el presente correo como memorial para el proceso relacionado en el mismo, dentro del registro en el aplicativo siglo XXI podrá confirmar los datos del mensaje como Asunto, fecha y hora de recibo.

Atentamente,

Grupo de Correspondencia
Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos
Sede Judicial CAN
CAMS

De: Ana Cristina Ruiz <ana.ruiz@lexia.co>

Enviado: miércoles, 15 de junio de 2022 2:04 p. m.

Para: Correspondencia Sede Judicial CAN - Bogotá - Bogotá D.C. <correscanbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: Proceso No. 11001333603420180020100 Demandante: Beiza Bonilla Robayo y otros Demandado: Nación – Ministerio de Justicia y otros Llamado en garantía: La Previsora SA Asunto: Contestacion llamamiento en garantía Dumian y Contestacion de la demanda

Honorable

JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ D.C.

Atn. Doctora Olga Cecilia Henao Marín

E. S. D.

REF: Proceso No. 11001333603420180020100
Demandantes: Beiza Bonilla Robayo y otros
Demandados: Nación – Ministerio de Justicia y otros

Llamamiento en garantía: La Previsora Compañía de Seguros S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

ANA CRISTINA RUIZ ESQUIVEL, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.144.165.861 de Cali, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 261.034 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada de **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, sociedad comercial, identificada con N.I.T 860002400-2, con domicilio principal en la Calle 57 No. 9-07 en la ciudad de Bogotá D.C., con correo electrónico a efectos de notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co, entidad sometida a control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente para asuntos judiciales por **JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.014.214.701 de Bogotá D.C. como lo acredita el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por dicha entidad y conforme al poder otorgado, acudo ante su despacho de la manera más respetuosa para **CONTESTAR LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** presentado por la Clínica San Rafael.

Cordial Saludo

LEXIA ABOGADOS

Ana Cristina Ruiz Esquivel.

Asociada

Lexia Abogados

Calle 110 No. 9 - 25, Ofic. 813 | Bogotá D.C., Colombia

T: (571) 6296781 | M: (57) 3158531689

ana.ruiz@lexia.co

www.lexia.co

Honorable
JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ D.C.
Atn. Doctora Olga Cecilia Henao Marín
E. S. D.

REF.: **Proceso No. 11001333603420180020100**
Demandantes: Beiza Bonilla Robayo y otros
Demandados: Nación – Ministerio de Justicia y otros
Llamamiento en garantía: La Previsora Compañía de Seguros S.A.

ASUNTO: **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

ANA CRISTINA RUIZ ESQUIVEL, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.144.165.861 de Cali, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 261.034 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada de **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, sociedad comercial, identificada con N.I.T 860002400-2, con domicilio principal en la Calle 57 No. 9-07 en la ciudad de Bogotá D.C., con correo electrónico a efectos de notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co, entidad sometida a control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente para asuntos judiciales por **JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.014.214.701 de Bogotá D.C. como lo acredita el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por dicha entidad y conforme al poder otorgado, acudo ante su despacho de la manera más respetuosa para **CONTESTAR LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** presentado por la Clínica San Rafael.

Para facilitar el entendimiento y estructura de esta contestación, me permito adicionar la siguiente tabla de contenido:

TABLA DE CONTENIDO

I.	OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.....	3
II.	FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA	3
III.	FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.....	5
IV.	EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA	7
A.	FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE LA SEÑORA BEIZA BONILLA	7
B.	AUSENCIA DE ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA POR FALLA EN EL SERVICIO	7
	1. Definición del título de imputación:	7
	2. Daño antijurídico	8
	3. Cumplimiento de la Lex Artis.....	9
a)	Lex Artis – Criterio Regulador	9
b)	El concepto de Falla Médica	10
c)	La obligación del médico es de medios y no de resultado	10
d)	Inexistencia de nexo causal	11
e)	Inexistencia, ausencia de prueba, excesiva y errónea tasación de los daños	13

C.	INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LOS DEMANDADOS.....	15
D.	EXCEPCIÓN GENÉRICA.....	16
V.	FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	16
VI.	FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.....	17
VII.	EXCEPCIONES AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.....	17
A.	PRESCRIPCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO FRENTE AL ASEGURADO	17
B.	INDEPENDENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE ASEGURADORA Y ASEGURADO FRENTE A LA RELACIÓN ENTRE DEMANDANTE Y ASEGURADO	18
C.	AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA No. 1040171 Y 1058034 DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES	19
D.	LA COBERTURA DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES SE ENCUENTRA SUBLIMITADA	21
E.	EXCLUSIÓN EXPRESA DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS POR FUERA DE LA VIGENCIA PACTADA EN EL CONTRATO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES	23
F.	AUSENCIA DE COBERTURA EN EL CONTRATO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES.....	23
G.	LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO Y PAGO DEL DEDUCIBLE.....	24
H.	AUSENCIA DE DEMOSTRACIÓN DEL SINIESTRO	24
I.	COBRO DE LO NO DEBIDO	24
J.	INEXISTENCIA DE MORA SIN INCUMPLIMIENTO	24
K.	EXCEPCIÓN GENÉRICA.....	24
VIII.	PRUEBAS	25
IX.	ANEXOS.....	25
X.	CANALES DIGITALES	25
XI.	NOTIFICACIONES	26

I. OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Según se establece en el artículo 225 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, el llamado en garantía cuenta con 15 días para responder el llamamiento en garantía. Dentro de dicho término, el llamado podrá contestar también la demanda, conforme con lo dispuesto en los artículos 66 y 93 del Código General del Proceso, a los cuales se acude por remisión expresa del artículo 227 del CPACA.

En esta medida, teniendo en cuenta lo anterior esta contestación se presenta de manera oportuna.

II. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DEL 1 AL 15. NO ME CONSTAN. Los hechos aquí reseñados no tienen ninguna relación con el objeto social de la compañía aseguradora que represento, de allí que deba la parte actora demostrarlos conforme lo exige el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO 16: ES CIERTO PARCIALMENTE, PERO ACLARO. El paciente ingresó por el servicio de urgencias al Hospital Universitario La Samaritana el día 26 de septiembre de 2015, sin embargo, fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos- UCI, donde permaneció hasta el 28 de septiembre de la misma anualidad.

Debe resaltarse en este punto que el paciente fue atendido en debida forma por los galenos del hospital, personal de enfermería y demás. Según la historia clínica allegada por el asegurado estuvo en hospitalización y bajo su cuidado y custodia hasta el 14 de enero de 2016.

En cuanto a las transcripciones de la historia clínica que hiciera la parte demandante me atengo al contenido literal de la prueba documental para efectos de evitar cualquier error o diferencia entre el documento aludido y el extracto de la misma.

Las demás manifestaciones serán probadas por la parte actora como lo exige el artículo 167 del CGP.

FRENTE A LOS HECHOS 17 AL 31: NO ES UN HECHO SINO UNA TRANSCRIPCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Me atengo al contenido literal e íntegro de la historia clínica del Hospital La Samaritana.

FRENTE AL HECHO 32: NO ES CIERTO. La parte actora desconoce el contenido íntegro de la historia clínica, no tiene conocimientos técnicos, de enfermería o médicos especializados que fundamenten su aseveración, por lo tanto, asume que en el tiempo de estancia en el Hospital La Samaritana no se realizó la atención debida, se pasa por alto que fue en esta institución donde se le practicaron los exámenes y ayudas diagnósticas que permitieron determinar los daños del corazón y la enfermedad que el señor Reyes Cortazar padecía para que fuera tratada, además existe constancia en el expediente de las gestiones administrativas agotadas por esa institución para lograr el traslado del paciente a una institución de mayor complejidad, la cual no se logró debido a las barreras de su EPS.

FRENTE A LOS HECHOS 33 AL 36: NO ES UN HECHO SINO UNA TRANSCRIPCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Me atengo al contenido literal e íntegro de la historia clínica del paciente mientras estuvo hospitalizado en el Hospital La Samaritana, en la cual se describen todas las atenciones y las gestiones administrativas adelantadas por el personal del hospital.

FRENTE AL HECHO 37: ES CIERTO.

FRENTE AL HECHO 38: ES CIERTO, PERO ACLARO. Debido a la liquidación de la EPS Caprecom a la que pertenecía el paciente, se decidió por trámites administrativos diligenciar nuevamente la historia clínica dejando constancia del cambio, pero el señor JOSE ESNEDE REYES CORTAZAR

fue atendido de manera diligente y perita durante el tiempo de estancia en el Hospital La Samaritana.

Las demás afirmaciones le corresponde a los demandantes probarlas conforme lo establece el artículo 167 del CGP.

FRENTE A LOS HECHOS 39 AL 43: NO ES UN HECHO SINO UNA TRANSCRIPCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Me atengo al contenido literal e íntegro de la historia clínica del paciente mientras estuvo hospitalizado en el Hospital La Samaritana, en la cual se describen todas las atenciones y gestiones administrativas adelantadas por el personal del hospital que finalmente permitieron el traslado del paciente a una institución de mayor complejidad.

FRENTE A LOS HECHOS 44 Y 45: ES CIERTO, PERO ACLARO. Aunque se trata de una transcripción de la historia clínica a efectos de evitar cualquier diferencia entre el documento y la demanda, me atengo al contenido literal de esa prueba documental aportada por el asegurado.

FRENTE AL HECHO 46: ESTE HECHO CONTINE VARIAS MANIFESTACIONES. Por ser algunas de las manifestaciones ajenas al conocimiento de mi mandante solo me pronunciaré respecto de aquellas que le competen.

- La parte actora hace varias afirmaciones que carecen de prueba, entre ellas, que al paciente Reyes Cortazar se le dio salida en mal estado del Hospital La Samaritana, lo cual no es cierto, por el contrario, se encuentra debidamente documentado en el expediente la atención diligente, juiciosa y perita suministrada por el personal del hospital.
- No existió ninguna orden administrativa de dar de alta al paciente, dicha conducta obedeció al análisis médico, exámenes, suministro de medicamentos y en general a toda la atención brindada que permitió estabilizar al señor Reyes sin que existirá un riesgo mayor para el paciente.
- Los trámites administrativos no dependían del Hospital La Samaritana sino de la EPS del paciente, sin embargo, mientras permaneció hospitalizado en ese hospital estuvo bajo los mejores estándares de cuidado. De allí que no pueda haber ningún reproche en contra de esta institución.

FRENTE A LOS HECHOS 47 AL 63: NO ME CONSTAN. Las afirmaciones contenidas en estos hechos son ajenas a la Previsora Compañía de Seguros S.A., se desconoce la veracidad de los mismos, por lo tanto, se atiene a lo que se encuentre probado en el proceso.

FRENTE AL HECHO 64: NO ES CIERTO. Es importante aclarar al despacho que en esta instancia no se encuentra probado nada, no es admisible la aseveración en contra del Hospital La Samaritana en cuanto a la falta de atención o violación de la lex artis, por el contrario los médicos y el personal de enfermería actuaron con la debida diligencia y cuidado requerido, se practicaron exámenes y ayudas diagnosticas que permitieron definir la conducta a seguir, de todas formas se resalta en este punto que el paciente fue dado de alta cuando permanecía estable, de tal manera que los daños reclamados no pueden ser imputables al Hospital La Samaritana.

FRENTE A LOS HECHOS 65 A 67: NO ME CONSTAN. Las afirmaciones contenidas en estos hechos son ajenas a la Previsora Compañía de Seguros S.A., se desconoce la veracidad de los mismos, por lo tanto, se atiene a lo que se encuentre probado en el proceso.

FRENTE AL HECHO 68: NO ES CIERTO. Se reitera que es inadmisibile la aseveración en contra del Hospital La Samaritana en cuanto a la falta de atención oportuna, o violación de la lex artis, por el contrario, los médicos y el personal de enfermería actuaron con la debida diligencia y cuidado requerido, se practicaron exámenes y ayudas diagnosticas que permitieron definir la conducta a seguir. Se resalta en este punto que el paciente fue dado de alta cuando permanecía

estable, de tal manera que los daños reclamados no pueden ser imputables al Hospital La Samaritana.

FRENTE AL HECHO 69: NO ES CIERTO. La parte actora no individualiza este hecho, pareciera que fuese una imputación de responsabilidad a todas las demandadas, por lo que al Hospital La Samaritana corresponde, debe precisarse que se diligenció la historia clínica en debida forma, constan las atenciones médicas, ayudas diagnosticas, notas de enfermería y en general el detalle de la atención brindada al paciente Reyes Cortazar. A partir de lo dicho, se desvirtúa por completo la afirmación de la parte actora.

FRENTE AL HECHO 70: NO SE TRATA DE UN HECHO SINO DE UNA CONSIDERACIÓN DE LA PARTE ACTORA. Sobre el particular debe decirse que en este proceso el demandante no ha probado los elementos de la responsabilidad que se endilga a las demandas, razón por la cual deben desestimarse sus pretensiones.

FRENTE AL HECHO 71: NO ME CONSTA. La compañía de seguros que represento desconoce si los demandantes han padecido perjuicios morales con ocasión al fallecimiento del señor Jose Esned Reyes Cortazar.

FRENTE AL HECHO 72: NO ES CIERTO. Como se puede observar de la sola lectura de la historia clínica del Hospital La Samaritana, se pueden extraer todas las atenciones brindadas de manera continua al señor Reyes Cortázar y aquellas que requerían de una institución de mayor complejidad fueron tramitadas comoquiera que la entidad no las ofertaba.

FRENTE A LOS HECHOS 73 A 80: NO ME CONSTAN. Las afirmaciones contenidas en estos hechos son ajenas a la Previsora, se desconoce la veracidad de los hechos relatados, por lo tanto, me atengo a lo que se encuentre probado en el proceso.

III. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

PRIMERA. Debido a que la pretensión se encuentra dirigida a varios sujetos distintos, me pronuncio frente Dumian Medical S.A.S:

- **ME OPONGO** a que se declare la responsabilidad de Dumian por la muerte del paciente, toda vez que tal y como se verá a lo largo de este escrito, la mencionada demandada: i) no tuvo injerencia alguna en el lamentable deceso, el paciente falleció debido a su condición de salud y no por un acto u omisión del establecimiento médico; ii) la atención brindada al señor Reyes Cortazar fue diligente y perita bajo los lineamientos de la lex artis y; iii) no existe solidaridad con los otros demandados.
- No existen pruebas que demuestren o acrediten un indebido manejo médico brindado por Dumian, por el contrario, se encuentra suficientemente probado que la atención médica se dio en cumplimiento de los principios de dignidad humana, benevolencia, calidad, efectividad e integralidad principios exigidos en esta materia.

SEGUNDA. Debido a que las pretensiones se encuentran dirigidas a varios sujetos distintos, me pronuncio de la siguiente manera:

- En caso de que se pruebe la responsabilidad de los demás demandados distintos de Dumian, **NO ME OPONGO** a que los mencionados demandados sean condenados solidariamente a pagar a los demandantes los perjuicios extrapatrimoniales ocasionados por el fallecimiento del señor Reyes.
- **ME OPONGO** a que se condene a Dumian a pagar a los demandantes los daños extrapatrimoniales solicitados en el libelo de iniciación del proceso, toda vez que: i) la mencionada demandada no es responsable por los presuntos daños alegados por la

parte actora; ii) los perjuicios extrapatrimoniales no son ciertos, no están probados o son excesivos; y iii) no existe una correcta estimación de perjuicios.

TERCERA. Debido a que las pretensiones se encuentran dirigidas a varios sujetos distintos, me pronuncio de la siguiente manera:

- En caso de que se pruebe la responsabilidad de los demás demandados ajenos a Dumian, **NO ME OPONGO** a la eventual condena por los perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente y lucro cesante.
- **ME OPONGO** a la condena y al eventual reconocimiento de los perjuicios materiales, teniendo en cuenta que Dumian no es responsable de los presuntos daños sufridos por la parte actora, no hay lugar al reconocimiento del daño emergente y lucro cesante pretendidos por el extremo activo ya que los perjuicios patrimoniales no son ciertos, no están probados o son excesivos; y no existe una correcta estimación de perjuicios.

CUARTA. Debido a que las pretensiones se encuentran dirigidas a varios sujetos distintos, me pronuncio de la siguiente manera:

- En caso de que se pruebe la responsabilidad de los demás demandados ajenos a Dumian, **NO ME OPONGO** al reconocimiento de los perjuicios reclamados a título de daño a la vida de relación.
- **ME OPONGO** a la eventual condena y reconocimiento por el concepto de daño a la vida de relación, en primer lugar porque de equipararse con la tipología del daño que ha reconocido el Consejo de Estado correspondería hablar de DAÑO A LA SALUD, y en segundo lugar, se tiene que Dumian no es responsable de los presuntos daños sufridos por la parte actora, no hay lugar además a su reconocimiento, pues jurisprudencialmente se ha reconocido solo para la víctima directa y en este caso ante el fallecimiento del señor Reyes, no es susceptible de ser reconocido.

QUINTA. Debido a que las pretensiones se encuentran dirigidas a varios sujetos distintos, me pronuncio de la siguiente manera:

- En caso de que se pruebe la responsabilidad de los demás demandados ajenos a Dumian **NO ME OPONGO** a la actualización de la condena ni a los intereses que se causen.
- **ME OPONGO.** Teniendo en cuenta que el Hospital La Samaritana no es responsable de los presuntos daños causados a la parte actora, no habría lugar a la actualización de la condena ni a los intereses que se causen.

SEXTA. ME OPONGO rotundamente a que se condene a los demandados de manera solidaria, ya que Dumian no es responsable de los presuntos daños sufridos por la parte actora, razón por la cual no habría lugar a la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

SÉPTIMA. ME OPONGO al pago de costas y gastos del proceso teniendo en cuenta que Dumian no es responsable de los presuntos daños causados a la parte actora y su reconocimiento depende del éxito de esta demanda y hasta ahora brillan por su ausencia los elementos que estructuran su responsabilidad.

OCTAVA. ME OPONGO al reconocimiento de intereses teniendo en cuenta que Dumian no es responsable de los presuntos daños causados a la parte actora, no ha incurrido en mora o incumplimiento de sus obligaciones.

NOVENA. NO SE TRATA DE UNA PRETENSIÓN SINO DE UNA MANIFESTACIÓN DE CARÁCTER JURÍDICO.

DÉCIMA. SE REPITE LA PRETENSIÓN SEXTA. ME OPONGO. Remitirse a los argumentos expuestos en esa pretensión.

DÉCIMA PRIMERA. SE REPITE LA PRETENSIÓN SÉPTIMA. ME OPONGO. Remitirse a los argumentos expuestos en esa pretensión.

DÉCIMA SEGUNDA. ME OPONGO. En la medida en que los demandados resulten responsables, especialmente frente a Dumian, ya que no se reúnen los elementos estructurales de la responsabilidad médica o falla en el servicio, lo cual se demostrará a lo largo del debate probatorio.

DÉCIMA TERCERA Y CUARTA. NO ME OPONGO.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

A. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE LA SEÑORA BEIZA BONILLA

Lo primero que hay que indicar es que en este caso se configura la falta de legitimación en la causa de la demandante ya que no se acreditó su vínculo con el señor Jose Esned Reyes de acuerdo con la ley 54 de 1990, modificada por la Ley 979 de 2005, *por la cual se definen las uniones maritales de hecho y régimen patrimonial entre compañeros permanentes*, que establece taxativamente que los medios a través de los cuales es posible declarar la Unión Marital de Hecho, en concreto son:

“Artículo 4o. La existencia de la unión marital de hecho entre compañeros permanentes, se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos:

1. Por escritura pública ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes.

2. Por Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido.

3. Por sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los Jueces de Familia de Primera Instancia”. Resaltado fuera de texto.

Conforme con lo dispuesto en el artículo citado, es evidente que la Unión Marital de Hecho **solo podrá DECLARARSE Y PROBARSE** mediante: i) escritura pública, ii) acta de conciliación; o iii) sentencia judicial dictada por un Juez de Familia de Primera Instancia y no se hizo por alguno de estos medios, razón por la cual se concluye su falta de legitimación para reclamar la indemnización solicitada en el libelo introductorio.

B. AUSENCIA DE ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA POR FALLA EN EL SERVICIO

1. Definición del título de imputación:

“[E]n los casos en los que se alega una indebida prestación del servicio de salud por parte de las entidades encargadas de la atención, protección y vigilancia de reclusos en establecimiento carcelario, es necesario demostrar la falla del servicio del Estado, toda vez que, en estos

asuntos, la responsabilidad se estudia bajo los mismos supuestos aplicables a la prestación del servicio médico para quienes no se encuentran en esa particular situación.”¹

Sobre el análisis de la responsabilidad la Corte Suprema de Justicia recientemente reiteró los elementos estructurales en sentencia del 14 de septiembre de 2020, así:

“(…)Por esto, causada una lesión o menoscabo, el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica, la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla(…)”

En el presente caso no se reúnen los elementos de la responsabilidad civil médica necesarios para condenar Dumian Medical por la atención brindada al paciente Jose Esned Reyes Cortazar en la Clínica San Rafael. Particularmente: i) la atención suministrada por el equipo médico y de enfermería fue oportuna, adecuada, diligente y perita; ii) no existe nexo causal alguno entre la conducta de los galenos y los daños alegados por los demandantes; y iii) no se encuentran probados los supuestos perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales alegados por la parte actora.

A continuación, se analiza cada uno de los elementos de la responsabilidad médica:

2. Daño antijurídico

El artículo 90 de la Constitución Política establece que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Al incluir la antijuridicidad del daño en la cláusula general de responsabilidad del Estado, el legislador determina que no es cualquier daño el que da inicio la acción de responsabilidad, sino solo aquel que sea antijurídico, es decir, que no se esté en el deber de soportar.

De acuerdo con la Corte Constitucional en sentencia C-254/2003:

“(…) la antijuridicidad del perjuicio no depende de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la administración sino de la no soportabilidad del daño por parte de la víctima.” (Negrilla y subrayado propio)

De igual forma, frente al daño antijurídico, el Consejo de Estado en sentencia del 18 de mayo de 2017² señaló:

“El daño antijurídico comprendido, desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado impone considerar aquello que derivado de la actividad o de la inactividad de la administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea irrazonable, en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos.” (Negrilla y subrayado propio)

Ahora, descendiendo al caso concreto, en el escrito de demanda se aduce que el daño consiste en el fallecimiento del señor Jose Esned Reyes Cortazar, según el extremo activo se dio como consecuencia de la falta de una atención inmediata y oportuna para su diagnóstico y tratamiento (ver hecho 64), la cual era requerida por el paciente, quien falleció según su dicho en espera de la misma, sin embargo, no se ha demostrado aún que el fallecimiento del paciente sea atribuible a esa institución médica por acción u omisión.

¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencia del 3 de abril de 2020, Consejero Ponente: Alvaro Montaña Plata.

² Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección tercera, Subsección C. Sentencia del 18 de mayo de 2017, M.P.: Jaime Orlando Santofimio. Exp. 37504.

La imputación del daño como lo tiene decantado la jurisprudencia cuando se alega una indebida prestación del servicio médico, está orientada a demostrar la falla del servicio del Estado, es decir, de la institución médica y hasta el momento no obran en el plenario pruebas que la acrediten.

3. Cumplimiento de la Lex Artis

Es necesario manifestar que los servicios médicos prestados en la Clínica San Rafael fueron adecuados y pertinentes para el diagnóstico que presentaba el paciente, de conformidad con la Lex Artis.

a) Lex Artis – Criterio Regulador

La doctrina ha indicado que en el caso de la responsabilidad civil médica, se acude a una estimación “*in concreto*” del comportamiento, con el objeto de evitar “*generalizaciones o construcciones relacionadas con actuaciones ideales, y para cuyos efectos se determina el incumplimiento de los deberes jurídicos en el que hacer médico, tomando en consideración factores como la especialización, la técnica y la competencia, aplicables al caso concreto y con observancia de lo que en este campo se denomina Lex Artis Ad hoc*”.³

La Lex Artis es un criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente, y en su caso, de la influencia en otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria–, para calificar dicho acto de conforme, o no, con la técnica normal requerida, derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado.

Los elementos que debe examinar el fallador al corroborar el cumplimiento de la Lex Artis son los siguientes:

“1) Como tal ‘lex’ implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta;

2) Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos;

3) Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la ‘lex’ es un profesional de la Medicina;

4) El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución);

5) Concreción de cada acto médico o presupuesto ‘ad hoc’: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha ‘lex artis’; así como en toda profesión rige una ‘lex artis’ que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa ‘lex’, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos”.⁴

³ SANTOS BALLESTEROS, Jorge. Instituciones de Responsabilidad Civil Tomo II. Editado por Javegraf, 2003. Pg. 295.

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M.P. José Fernando Ramírez Gómez. Expediente: 5507 – Citando la Sentencia del 11 de marzo de 1991 del Tribunal Supremo de España.

Por tanto, para determinar la existencia de una conducta médica culposa, es necesario que se produzca un daño como consecuencia de un acto médico desarrollado con violación de las reglas técnicas requeridas por la *Lex Artis*.

Descendiendo al caso que nos ocupa, y atendiendo lo reflejado en la historia clínica aportada, se advierte que la conducta de los médicos y personal de enfermería durante el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones presentadas por el señor Jose Esned Reyes estuvo acorde a lo exigido por la Lex Artis.

Al respecto, se debe tener en cuenta que de la revisión de la historia clínica solo se extraen atenciones y procedimientos acordes con la *lex artis*, además se realizaron todos los procedimientos de referencia y contra referencia para trasladar al paciente a una institución de mayor complejidad encontrándose dicha actividad limitada, pero en cuanto a la atención médica brindada al paciente esta se hizo bajo los estándares de la *lex artis*, de ahí que no pueda hablarse de culpa de alguno de los galenos porque hicieron todo lo que estaba a su alcance según el nivel de la institución en la que estaba.

b) El concepto de Falla Médica

La falla médica es una conducta contraria a la de un buen profesional ubicado bajo las mismas circunstancias. En efecto, esta comparación, no se hace “*in abstracto*”, es decir, respecto de condiciones ideales, sino frente a parámetros concretos de tiempo, modo y lugar, tomando en cuenta el estado actual, ético, científico y legal que regule la *Lex Artis*.

La falla o error médico se presenta en dos etapas diferenciadas, el diagnóstico y el tratamiento médico.

- El diagnóstico médico. Según el artículo 10 de la Ley 23 de 1981 es obligación del médico dedicar “*a su paciente todo el tiempo que sea necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente*”.
- El tratamiento Médico. Al respecto, la legislación colombiana establece que solo deben emplearse métodos terapéuticos debidamente aceptados por instituciones científicas reconocidas (artículo 12 Ley 23 de 1981). Igualmente se consagra que el paciente no puede ser sometido a tratamientos injustificados y según el artículo 7° del Decreto 3380 de 1981, estos son: los prescritos sin un previo examen general y los que no corresponden a la situación clínico-patológica del paciente. Adicionalmente, se establece en el artículo 16 de la Ley 23 de 1981 que: “*la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto*”.

Descendiendo nuevamente al caso que nos ocupa, es importante resaltar que con los medios con los que contaba esa institución, según la historia clínica el paciente “INGRESA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, SIN RESPUESTA A ESTIMULOS EXTERNOS”, sin embargo, en la institución al percatarse de su estado se indica que es un paciente con MONITERO PERMANENTE.

Entendiendo que el paciente tenía antecedentes de enfermedades del corazón se inició el PROTOCOLO ANTIISQUEMICO COMPLETO y se le brindó en todo momento la atención requerida al paciente mientras se realizaba su traslado que por barreras administrativas no se logró.

c) La obligación del médico es de medios y no de resultado

La Corte Suprema de Justicia ha sostenido reiteradamente que:

“[...] el médico sólo asume obligaciones de medio, es decir, presta su mejor servicio. Pone sus medios, su profesionalismo al servicio de las necesidades del paciente, pero no puede garantizar resultados. [...] En ese orden de ideas, mal sería responsabilizarles o exigírsele al médico por un desenlace, inclusive fatal”.⁵

En esta medida, la responsabilidad del médico no se juzga a partir del logro de un objetivo particular sino de la conducta adoptada, la cual debe ir encaminada a procurar el buen estado de salud del aquejado. De modo que, si queda probada o no se logra desvirtuar la diligencia de los médicos, estos no serán responsables, independientemente de que el resultado obtenido no corresponda con el idealmente deseado por el aquejado.

Respecto a la cuestión relativa a la diligencia debida del profesional médico, el doctrinante Tamayo Jaramillo ha afirmado que la carga de la prueba corresponde a los demandantes o demandante en el proceso:

*“[...] se afirma que en algunas obligaciones contractuales de medio el deudor entra inocente al proceso y es al acreedor demandante a quien corresponde demostrar la culpa del deudor. Es lo que ocurre, **por ejemplo, en la responsabilidad del mandatario o del médico por cumplimiento defectuoso del servicio prestado**”.⁶ Negrilla fuera del texto*

Del mismo modo se ha pronunciado la Corte Suprema de Justicia:

*“Suficientemente es conocido, en el campo contractual, **la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada**, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios”.⁷ Resaltado fuera del texto*

Recientemente ese mismo tribunal sostuvo que:

“(...)En punto de las obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia, impericia o falta de cuidado de los facultativos, mientras en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.(...)”⁸

Acudiendo al objeto del litigio, encontramos que son los demandantes quienes deben desvirtuar la diligencia o probar la falla en la prestación del servicio médico brindado durante los días en que el señor Reyes Cortazar estuvo hospitalizado en la Clínica San Rafael..

Con todo lo anterior queda desvirtuado el primer elemento de la responsabilidad civil médica.

d) Inexistencia de nexo causal

En el presente caso no existe vínculo o relación causal entre la conducta de los médicos a cargo de la atención del paciente y los supuestos daños alegados por los demandantes, requisito indispensable para que surja la correspondiente obligación indemnizatoria.

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 30 de enero de 2001. M.P. José Fernando Ramírez Gómez. Expediente: 5507.

⁶ TAMAYO, Javier. Tratado de Responsabilidad Civil – Tomo I. Editorial Legis. *Segunda Edición*. Colombia 2007. Pág. 34.

⁷ Corte Suprema de Justicia – Sala Civil. Sentencia de 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01.

⁸ Corte Suprema de Justicia, sentencia del 14 de septiembre de 2020, Magistrado Ponente: Luis Armando Tolosa.

“El vínculo de causalidad es un elemento esencial de la responsabilidad civil, ya sea contractual o extracontractual, y ya se trate de culpa probada o presunta, pues se requiere que exista vínculo de causalidad entre la culpa y el daño”.⁹

El nexo de causalidad no es otra cosa que la causalidad jurídica que existe entre el daño y la conducta del sujeto que supuestamente lo ocasiona. *“Así las cosas, si el daño no puede ser atribuido al demandado, éste debe ser necesariamente exonerado, pues cada uno debe ser juzgado de acuerdo con sus actos y omisiones”.¹⁰*

Al respecto la doctrina ha sostenido que:

“En efecto, causalidad jurídica significa que el hecho le es imputable jurídicamente al demandado [...] [p]uede suceder que aunque haya causalidad física no haya sin embargo, causalidad jurídica. En efecto, el derecho de la responsabilidad civil tiene establecido que cuando el agente causa daño físicamente, pero su conducta está determinada por una causa extraña, estaremos frente a la ruptura del nexo causal y, por tanto, se considera que jurídicamente el daño no ha sido causado por el agente [...]. Finalmente puede haber causalidad jurídica aunque no haya causalidad física. [...] O mejor dicho: se produce el daño justamente por la ausencia total de participación física por parte del agente (No rompe la cadena causal y por tanto se produce el daño)”.¹¹

Adicionalmente, la doctrina ha expresado que *“a la víctima le corresponde probar que el daño por ella sufrido es el comportamiento ilícito del agente, es decir, que éste último, por sí mismo o por interpuesta persona, cosa o actividad, bajo su responsabilidad causó el perjuicio”.¹²*

Trayendo lo citado al caso objeto de pronunciamiento encontramos que no existe nexo de causalidad, puesto que: i) la muerte del señor Cortazar no puede tenerse como un daño en la medida en que institución hizo todo lo que estaba a su alcance para mantenerlo con vida y mejorar sus condiciones de salud; y ii) no existe relación causa-efecto entre la conducta de los médicos de la Clínica San Rafael y el fallecimiento del señor Reyes Cortazar.

De lo anterior se evidencia que no existe nexo de causalidad entre las atenciones médicas surtidas por la Clínica San Rafael y los supuestos perjuicios sufridos por los demandantes. El informe de Medicina Legal indica, lo siguiente:

CONCLUSIÓN PERICIAL: Se trata de adulto maduro quien ingresa a Hospital San Rafael el día 04/03/2016 con dolor torácico con cuadro sugestivo de síndrome coronario agudo. Antecedentes de cardiopatía valvular con estenosis aórtica severa con FEVI 52% en espera de remisión para cirugía cardiovascular, manejado por medicina interna el día 08/03/2016 Se da Dx. Endocarditis de origen Bacteriano como complicación de su patología de base, confirmado con hemocultivos positivos para Staphylococcus epidermidis. Se administra manejo con esquema de oxacilina+aminoglicosido, sin embargo presenta evolución torpida, con deterioro progresivo de su estado general con signos de respuesta inflamatoria sistémica, paciente séptico con falla renal dada por anuria, elevación de azoados BUN 53 creatinina 4.9 con indicación de diálisis, falla ventilatoria con necesidad de soporte ventilatorio, encontrándose en un contexto de falla multiorgánica, Shock séptico que conlleva a la muerte.

Manera de muerte: Natural

⁹ SUESCÚN MELO, Jorge. Derecho privado, estudios de derechos civil y comercial contemporáneo, tomo I. Bogotá: Legis Editores S.A., 2004. P. 153.

¹⁰ SUESCÚN MELO, Jorge. Ibídem. P. 154.

¹¹ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Óp. Cit. P. 249.

¹² Ibídem. P. 253.

Es decir que el diagnóstico es una Endocarditis de origen bacteriano que se da como consecuencia de su patología de base para lo cual se administra los medicamentos necesarios para su atención, finalmente el paciente entra en una falla multiorgánica, shock séptico que conlleva a la muerte natural.

Desvirtuándose con lo anterior, el segundo elemento de la responsabilidad civil médica.

e) Inexistencia, ausencia de prueba, excesiva y errónea tasación de los daños

A continuación, se prueba como los daños patrimoniales y extrapatrimoniales solicitados en la demanda son inexistentes, no están probados, son excesivos o están indebidamente tasados:

1. Inexistencia, ausencia de prueba, excesiva y errónea tasación de los daños patrimoniales alegados

Conforme a lo dispuesto en el artículo 167 del C.G.P.: *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*, de modo que corresponde a la demandante probar la existencia de los daños materiales alegados.

En este sentido, es preciso afirmar que el daño emergente y el lucro cesante solicitado en las pretensiones de la demanda son inexistentes, no cuentan con soporte probatorio alguno, presentan graves errores o inconsistencias y están excesivamente tasados.

Frente al daño emergente y el lucro cesante

Solicita la parte actora el valor máximo que reconozca el Consejo de Estado por concepto de daño emergente, sin embargo, desconoce la parte demandante que según el precepto 1614 del Código Civil, *«[e]ntiéndese por **daño emergente** el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por **lucro cesante**, la ganancia o provecho que deja de reportarse» como consecuencia de similares circunstancias.”*

No se aportan facturas o documentos equivalentes en los que pueda soportarse el despacho para determinar que hubo una erogación que afectara el patrimonio de los demandantes.

En este caso la parte activa pretende el reconocimiento de perjuicios materiales sin acreditar su existencia, cuantía y certeza. De allí que sea inviable su reconocimiento.

Teniendo en cuenta lo expuesto, es preciso indicar que la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha reiterado que **los daños materiales deben ser ciertos, no hipotéticos**:

*“El lucro cesante, jurídicamente considerado en relación con la responsabilidad extracontractual, es entonces la privación de una ganancia esperada en razón de la ocurrencia del hecho lesivo, o, en palabras de la Corte, **“está constituido por todas las ganancias ciertas que han dejado de percibirse o que se recibirán luego, con el mismo fundamento de hecho”** (CSJ SC de 7 de mayo de 1968).¹³ Se resalta.*

*“En oportunidad reciente, la Sala reiteró que ‘[e]n tratándose del daño, y en singular, del lucro cesante, la indemnización exige la certeza del detrimento, o sea, su verdad, existencia u ocurrencia tangible, incontestable o verosímil, ya actual, ora ulterior, acreditada por el demandante como presupuesto ineluctable de la condena con pruebas idóneas en su entidad y extensión’ [...]”.*¹⁴ Resaltado fuera de texto.

¹³ Corte Suprema de Justicia – Sala Civil. Sentencia de 31 de agosto de 2015, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez. Radicación nº 11001-31-03-020-2006-00514-01.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Sentencia de 31 de agosto de 2015, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez. Radicación nº 11001-31-03-020-2006-00514-01.

En relación con los demandantes se debe resaltar que estos no han probado: i) la existencia del detrimento patrimonial que daría lugar al reconocimiento del lucro cesante; y ii) la cuantificación de este. Lo anterior teniendo en cuenta la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en la cual se lee:

*“Cuando se busca la indemnización de perjuicios patrimoniales en el rubro de lucro cesante, **el afectado tiene la doble carga de llevar al convencimiento, por un lado, de que éstos ocurrieron ante la disminución o interrupción de unos ingresos que se tornaban ciertos y, del otro, de cómo cuantificarlos,** bajo la premisa de que su propósito es netamente de reparación integral, sin que pueda constituirse en fuente de enriquecimiento.*

*Las falencias que se presenten en uno u otro campo tienen distintas connotaciones, puesto que de **no comprobarse la existencia del perjuicio fracasarían las pretensiones por la ausencia de uno de los supuestos imprescindibles de viabilidad de la acción** [...]”.*¹⁵ Se resalta.

En la misma línea el Consejo de Estado ha sostenido que en el caso de reclusos debe probarse los ingresos que percibía y si este con ocasión a su detención no recibía ninguna suma por este concepto, no puede ser reclamado ni mucho menos reconocido:

*(...)Ahora bien, de conformidad con el material probatorio obrante en el expediente, la Sala concluye que no se acreditó la actividad económica desarrollada por el accionante y, en consecuencia, por no comprobarse que con ocasión de la detención se dejó de percibir ingresos o perdió la posibilidad cierta de hacerlo se negará la indemnización solicitada.”*¹⁶

Teniendo en cuenta que el señor Jose Esned Reyes se encontraba privado de su libertad no existen presupuestos facticos ni jurídicos que permitan al despacho reconocer estos presuntos daños, por lo que deberán ser desestimadas las pretensiones del extremo activo.

b. Inexistencia, ausencia de prueba, excesiva y errónea tasación de los daños extrapatrimoniales alegados

El resarcimiento de los daños morales deberá rechazarse, en tanto que en el expediente no obra prueba determinante que verifique la existencia de estos. Igualmente, y como se verá en los párrafos siguientes, estos han sido tasados de forma excesiva.

Daños morales

El reconocimiento del daño moral requiere la existencia de una “*lesión en la esfera sentimental y afectiva del sujeto*”¹⁷ causada por la actuación médica que se reprocha, de lo cual no existe prueba en el expediente, pues en la demanda no se allegó ningún medio de esta índole que pudiera llevar a entender la existencia de tal perjuicio moral.

Por otro lado, es necesario manifestar que las pretensiones por concepto de daño moral que alegan los demandantes exceden los límites que en la práctica ha implementado el Consejo de Estado, máxime cuando no existen elementos estructurales de la responsabilidad que se le endilga a la Clínica San Rafael.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Sentencia de 12 de diciembre de 2017, M.P. Ariel Salazar Ramírez. Radicación No. 05001-31-03-005-2008-00497-01.

¹⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencia del 5 de marzo de 2020, Consejero Ponente: María Adriana Marín.

¹⁷ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Sentencia de 5 de agosto de 2014, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

Por todo lo expuesto, es evidente que la tasación de los daños morales realizada por la parte demandante resulta excesiva.

Daño a la vida de relación

Lo primero que debe indicarse es que, con base en la sentencia de unificación del 24 de agosto de 2014 se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud.

Según la jurisprudencia este daño está sujeto a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa en relación con la lesión y en este caso el señor Jose Esned Reyes falleció, razón por la cual no hay lugar a abrir paso a sus pretensiones.

Por todo lo anterior, se desvirtúa el tercer elemento de la responsabilidad civil médica.

C. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LOS DEMANDADOS

Los demandantes pretenden que se condene “**SOLIDARIAMENTE**” al Inpec – Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, El Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad, La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC, Consorcio Fondo de Atención en Salud PPL 2015, Caprecom EPS, Hospital La Samaritana y Hospital o Clínica San Rafel. Al respecto, es preciso manifestar que no es posible predicar una solidaridad entre este último y los demás demandados, porque cuando el paciente estuvo hospitalizado en esa institución se le brindaron todos los servicios requeridos, razón por la cual no se estructura la responsabilidad que se le imputa al demandado. Por otro lado, no existe solidaridad en la medida que: i) nos encontramos ante obligaciones diferentes; ii) La Clínica San Rafael no tuvo ninguna injerencia en el fallecimiento del señor Reyes Cortazar por acción u omisión; y iii) no se reúnen los requisitos de existencia de una obligación solidaria.

Como reconoce la doctrina, las obligaciones pasivamente solidarias “*son las que, teniendo un objeto divisible, existen a cargo de varios deudores y colocan a cada uno de estos en la necesidad de pagar la totalidad de la deuda*”.¹⁸ “*De manera que obligaciones solidarias son aquellas que, a pesar de tener objeto divisible y pluralidad de sujetos, colocan a cada deudor en la necesidad de pagar la totalidad de la deuda o facultan a cada acreedor para exigir la totalidad del crédito*”.¹⁹

En materia mercantil, la solidaridad se presume, tal como reconoce el artículo 825 del Código de Comercio, mientras que en materia civil la solidaridad debe declararse expresamente.

A este respecto, la Superintendencia de Sociedades ha sostenido que:

“Así mismo, es sabido que en materia mercantil, la solidaridad se presume, de manera que cuando en un negocio de tal naturaleza existen varios deudores, se ha de entender que éstos se han obligado solidariamente, conforme lo establece el artículo 825 del Código de Comercio, a diferencia de lo que sucede en materia civil, donde la solidaridad debe declararse expresamente [...]”.²⁰

¹⁸Ospina Fernández, Guillermo. Régimen General de las Obligaciones. Séptima Edición. Bogotá: Editorial Temis S.A., 2001. P. 237.

¹⁹ Ibid. P. 234.

²⁰Superintendencia de Sociedades. Oficio 220-33477 de junio 8 de 1995.

Conforme a lo anterior y tal como lo ha reconocido la doctrina²¹, para que se configure una obligación solidaria, son tres las características que esta debe reunir: i) la pluralidad de los sujetos activos o pasivos (Art. 1649 del C.C.); ii) la pluralidad de vínculos entre el acreedor o acreedores y el deudor o deudores; y iii) la unidad de objeto (Art. 1569 del C.C.).

En el caso bajo examen, se desvirtúa la solidaridad por la ausencia de uno de los requisitos anteriormente mencionados: "Unidad de Objeto".

Para que pueda existir responsabilidad solidaria, es menester que los vínculos jurídicos entre las partes recaigan sobre un mismo objeto. No puede existir responsabilidad solidaria si la pluralidad de vínculos jurídicos no recae sobre un mismo cúmulo obligacional.

En el caso bajo examen, las obligaciones de los demás demandados eran totalmente distintas a las obligaciones adquiridas por la Clínica San Rafael, sin embargo este las cumplió a cabalidad, dando la atención que requería al paciente mientras que se hacía un tratamiento adecuado al diagnóstico y se tramitaba lo correspondiente ante su EPS para continuar con este en una institución de mayor complejidad.

Por todo lo anterior, es evidente que no se puede acceder a las pretensiones de la demanda, por cuanto la Clínica San Rafael no tiene virtualidad para ser condenada solidariamente, en tanto que no se cumplen los requisitos exigidos para que exista dicha solidaridad.

D. EXCEPCIÓN GENÉRICA

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 282 del C.G.P. solicito a la H. Juez declarar probada cualquier otra excepción que derive de lo que se pruebe en el curso del presente proceso y que impida que las pretensiones de la demanda prosperen total o parcialmente.

V. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Teniendo lo anterior claro, se pasa a contestar los hechos del llamamiento en garantía:

FRENTE AL HECHO PRIMERO: ES CIERTO, PERO ACLARO. Las pólizas que sirvieron de fundamento para el llamamiento en garantía no obligan a la aseguradora a responder en este caso por las razones que se enunciaron en los hechos y excepciones. Además, encontramos que el hecho por el cual se reclama, esto es, la muerte del señor Jose Esned Reyes y la reclamación no cumplen los presupuestos de las pólizas claims made, razón por la cual no podría afectarse ninguna de la pólizas base de este llamamiento.

En consecuencia, ninguno de los contratos por los cuales fue convocada mi mandante ofrecen cobertura, recuérdese que el pronunciamiento del juez está atado a las condiciones específicas y generales que rigen la relación contractual entre la compañía aseguradora y la Clínica San Rafael.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: NO ES CIERTO Y ACLARO. Lo primero que debe aclararse es que no existe un acto médico que se reproche, por el contrario, lo que se alega por la parte actora es que no se le dio la atención médica que requería el señor Jose Esned Reyes, desde ese punto de vista y según el alcance de la póliza estaríamos frente a una omisión.

De todas maneras, de las pruebas que se allegaron no se concluye que la causa del fallecimiento del señor Reyes Cortazar haya tenido relación con alguna omisión, ni se especifica cual sería o en que consistiría, mucho menos ha logrado acreditar esa circunstancia en el proceso, de ahí que no sea cierto que la póliza No.1040171 amparé dichos eventos.

²¹ Ospina Fernández, Guillermo. *Ibíd.* P. 234.

No basta con que el contrato de seguro estuviera vigente, se requiere conforme a las condiciones específicas y generales que se reúnan los presupuestos para que opere, y en este caso no se dan, por lo tanto, mi mandante no está llamada a responder por la indemnización reclamada.

FRENTE AL HECHO TERCERO: ES CIERTO. Nos atenemos al contenido de la demanda inicial, que además también fue contestada por el tercero llamado en garantía, y desde ya, se debe decir que no se reúnen los elementos de la responsabilidad que se atribuye a las demandadas.

FRENTE AL HECHO CUARTO: ES CIERTO, PERO ACLARO. De la lectura que se hiciera del acta de conciliación extrajudicial se advierte que la solicitud por los demandantes se presentó el día 23 de marzo de 2018 y se celebró el día 16 de mayo de la misma anualidad, pero no se cumplen los requisitos de cobertura bajo la modalidad de expedición que fue claims made.

FRENTE A LOS HECHOS QUINTO Y SEXTO: NO ES CIERTO COMO SE INDICA EN ESTE HECHO. De la lectura de los contratos de seguro se concluye con facilidad cual es el tomador, asegurado, beneficiario, vigencia, objeto del contrato y su alcance, modalidad de cobertura claims made y condiciones generales, por lo tanto, no es cierto que La Previsora S.A. este llamada a reconocer la indemnización reclamada por la parte actora, ya que no se cumplen los presupuestos pactados en los contratos de seguro.

Las partes deberán ceñirse al alcance del riesgo asegurado, de las exclusiones establecidas en la póliza, a su vigencia, valores asegurados, límites de la indemnización y, en general, a lo que se establece en las condiciones generales y particulares de la póliza y en los documentos que forman parte de ella, así como en las normas legales que regulan el contrato de seguro.

De allí que pueda decirse que la obligación de la Previsora solo nace cuando el riesgo asegurado se materializa y en este caso no se materializó, por lo tanto, no podrán afectarse los contratos de seguro base de esta convocatoria.

VI. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE LA PRETENSÓN PRIMERA Y SEGUNDA. ME OPONGO a la vinculación con base en las pólizas que sirven de fundamento contractual de nuestra vinculación, comoquiera que no se reúnen los requisitos de cobertura pactados contractualmente para su afectación.

VII. EXCEPCIONES AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A. PRESCRIPCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO FRENTE AL ASEGURADO

La acción emanada del contrato de seguro se encuentra prescrita, en la medida en que ya transcurrió el término legal al que se refiere el artículo 1081 del Código de Comercio.

La prescripción – Marco Regulatorio

El ordenamiento jurídico contempla la prescripción extintiva como una garantía a la seguridad jurídica y como una expresión del derecho de defensa del deudor en el marco de una relación obligacional. Conforme a esta institución jurídica, el acreedor debe exigir el cumplimiento de una obligación dentro de un término perentorio, so pena de que el deudor pueda alegar la negligencia de su contraparte al demorar en exceso el cobro de su acreencia, y así extinguir dicha obligación. Así, si el acreedor de una obligación deja de exigir la prestación por largo tiempo es de presumir que tal acreencia no le interesa, por lo cual su derecho pierde su razón de ser.

Dejando la mención anterior de lado, debe sostenerse que toda controversia suscitada a partir de un contrato de seguro se sujeta a las normas especiales de dicho contrato, incluyendo el término de prescripción. Con tal claridad, lo ha expuesto la H. Corte Suprema de Justicia:

*“[...] En otras palabras: Todas las acciones que tengan como soporte el contrato de seguro, sea que busquen la satisfacción del derecho, como acontece con la de ejecución, sea que persigan su esclarecimiento o reconocimiento, como sucede con las de naturaleza cognoscitiva, están sometidas inexorablemente a los plazos extintivos que prevé el artículo 1081 del ordenamiento comercial”.*²² (Subrayado nuestro)

Teniendo claro lo anterior, se debe acudir al artículo 1081 del Código de Comercio que reza:

Art. 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes”.

Es necesario ahora, remitirse al artículo 1131 del Código de Comercio, el cual se aplica a los seguros de responsabilidad, como el que nos ocupa:

Modificado Ley 45/90 art. 86. El nuevo texto es el siguiente: *En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial”.* (Subraya nuestra)

Conforme a lo anterior, el término de prescripción ordinaria para el asegurado, en el caso que nos ocupa, inició desde la reclamación extrajudicial que le hicieron los demandantes, es decir, desde la fecha de la audiencia de conciliación prejudicial que se realizó el 16 de mayo de 2018.

En virtud de lo expuesto, solicito a la H. Juez que acceda a la excepción propuesta y exonere de cualquier tipo de condena a La Previsora S.A.

B. INDEPENDENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE ASEGURADORA Y ASEGURADO FRENTE A LA RELACIÓN ENTRE DEMANDANTE Y ASEGURADO

La responsabilidad que le puede incumbir a Previsora está claramente delimitada por el contrato de seguro celebrado, vínculo jurídico que según el artículo 1602 del Código Civil es ley para las partes. Las obligaciones frente a las cuales se puede derivar una eventual responsabilidad de la aseguradora no emanan directamente de los sucesos de los cuales se predica la responsabilidad civil del asegurado sino del contrato de seguro. Así las cosas, la fuente de responsabilidad de la aseguradora no es la misma que la de los demandados frente a los demandantes.

²² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 4 de marzo de 1989. Citada por SUESCÚN MELO, Jorge. Derecho Privado: Estudios de Derecho Civil y Comercial Contemporáneo. Tomo II. Segunda Edición. Bogotá D.C.: Legis, 2003. P. 629.

De lo anterior, debe quedar claro que en este proceso nos encontramos ante dos relaciones jurídicas distintas que no pueden confundirse: i) la de la parte actora con los demandados, en la cual resulta relevante el examen de los eventos ocurridos para efectos de determinar si existe responsabilidad civil médica; y ii) la del asegurado con Previsora, la cual deberá examinarse exclusivamente a la luz de lo pactado en el contrato de seguro y de la normativa que lo regula.

En consecuencia, en esta última relación habrá que ceñirse al alcance del riesgo asegurado, de las exclusiones establecidas en la póliza, a su vigencia, valores asegurados, límites de la indemnización y, en general, a lo que se establece en las condiciones generales y particulares de la póliza y en los documentos que forman parte de ella, así como en las normas legales que regulan el contrato de seguro.

De esta manera, para que pueda configurarse el amparo de responsabilidad civil de la póliza de seguro No.1040171 y 1058034, no basta con que el asegurado haya sido condenado. Más allá de ello, la H. Juez deberá indagar si a la luz de las estipulaciones del contrato de seguro hay lugar o no a que la aseguradora responda, previa consideración del alcance de los amparos, las exclusiones y demás cláusulas de este.

Por lo anterior, pese a la existencia de una póliza de seguro, puede darse el caso donde el asegurado sea condenado y la aseguradora sea relevada de dicho deber en razón del contenido del contrato de seguro.

C. AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA No. 1040171 Y 1058034 DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

De conformidad con lo pactado en las pólizas No. 1040171 y 1058034, los riesgos están amparados bajo la lógica *claims made* - en inglés, “*hecho el reclamo*”-. Lo anterior significa que el contrato de seguro que consta en la póliza mencionada, no fue celebrado bajo la modalidad de ocurrencia del hecho-sistema acogido inicialmente en el Código de Comercio-, sino bajo la modalidad de cobertura de reclamaciones.

En consecuencia, se trata de un seguro celebrado en desarrollo de lo estipulado en la Ley 389 de 1997, cuyo artículo 4º dispuso que:

“ARTICULO 4. 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.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional, por razones de interés general, podrá extender lo dispuesto en el presente artículo a otros ramos de seguros que así lo ameriten.” Negritas y subrayado son nuestros.

A fin de clarificar el contenido del artículo citado, considera el suscrito necesario citar la intervención del gremio de compañías de seguros - FASECOLDA -, con ocasión de la demanda de inconstitucionalidad (parcial) presentada contra el artículo 4º de la Ley 389 de 1997, cuya constitucionalidad defendió el gremio al expresar que “el siniestro consiste en la reclamación judicial o extrajudicial que la víctima le formule al asegurado o al asegurador durante la vigencia”

de la póliza; momento a partir del cual comenzará a contarse la prescripción de las respectivas acciones"²³. Negrillas y subrayado son nuestros.

En el mismo sentido se pronuncia la doctrina al manifestar que:

“Es la reclamación en este nuevo sistema, obviamente supuestos los demás requisitos de rigor (daño, imputabilidad, cobertura, etc.), el hecho jurídico en virtud del cual se obliga la responsabilidad del asegurador”²⁴. Se resalta.

Este tipo de cobertura “refleja la estructura internacional del sistema claims made, en la cual la póliza cubre solamente las reclamaciones que se formulen al asegurado o al asegurador durante su vigencia”²⁵. En este caso “el riesgo asegurable es la responsabilidad civil; pero en forma específica, para esta modalidad, la ley lo delimita a los reclamos formulados durante la vigencia, así los hechos generadores de responsabilidad hayan ocurrido con anterioridad”²⁶. En conclusión, tal y como señala la doctrina, **“el siniestro se presenta en el momento de la reclamación y no cuando acaezca el hecho externo imputable al asegurado”**²⁷ -negrillas y subrayado son nuestros-, es decir, que “Siniestro es igual a reclamación”²⁸.

Descendiendo al caso que nos ocupa, y en atención a las estipulaciones del contrato de seguro que se pretende afectar, nos encontramos ante una póliza Claims Made, lo cual implica que el siniestro -la realización del riesgo asegurado- se produce con la reclamación indemnizatoria.

En las Condiciones Particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales se definió el objeto del contrato así:

“ 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

²³ Destaca Fasecolda en su intervención con ocasión de la demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 4º (parcial) de la ley 389 de 1997, según se aprecia en la sentencia C-388 de 2008: “En segundo lugar, en cuanto atañe al artículo 4º de la Ley 389 de 1997 manifiesta que en cada uno de los incisos de dicha norma se estableció una modalidad diferente de seguro de responsabilidad. Así, en el inciso primero se estableció la modalidad conocida como sistema “claims made”, y en el inciso segundo se estableció la modalidad según la cual resulta posible pactar la cobertura de hechos que acontezcan durante la vigencia de la póliza, con la condición de que la reclamación de la víctima al asegurado o al asegurador tenga lugar dentro del término pactado en el contrato, término que no podrá ser inferior a dos años.....Sin embargo, señala que la doctrina nacional ha llegado a la conclusión de que el inciso primero del artículo 4º de la Ley 389 de 1997, por ser norma posterior, modificó la noción de siniestro del artículo 1131 del Código de Comercio, en la que se aludía a un hecho externo imputable al asegurado, para establecer en su lugar que “cuando el seguro de responsabilidad se pacte bajo la modalidad “claims made”, **el siniestro consiste en la reclamación judicial o extrajudicial que la víctima le formule al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la póliza: momento a partir del cual comenzará a contarse la prescripción de las respectivas acciones**”(Negrillas y subrayado son nuestros).

²⁴ JARAMILLO J, Carlos Ignacio. La Configuración del Siniestro en el Seguro de la Responsabilidad Civil, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Editorial Temis, 2011, pág. 252. En el mismo sentido se expresa este autor en Derecho de Seguros, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Temis, AIDA 2010, Tomo II, El Contrato de Seguro, Teoría General del Contrato, pág. 373.

²⁵ Juan Manuel Díaz Granados, El Seguro de Responsabilidad, Centro Editorial Universidad del Rosario, 1ª edición, Bogotá, D.C., enero de 2006, pág. 225.

²⁶ Juan Manuel Díaz Granados, El Seguro de Responsabilidad, Centro Editorial Universidad del Rosario, 1ª edición, Bogotá, D.C., enero de 2006, pág. 225.

²⁷ Juan Manuel Díaz Granados, El Seguro de Responsabilidad, Centro Editorial Universidad del Rosario, 1ª edición, Bogotá, D.C., enero de 2006, pág. 226.

²⁸ PERÁN ORTEGA, Juan Perán. La responsabilidad civil y su seguro. Madrid, Tecnos, 1998, pág. 182. Citado por JARAMILLO J, Carlos Ignacio. Derecho de Seguros, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Temis, AIDA 2010, Tomo II, El Contrato de Seguro, Teoría General del Contrato, pág. 326.

LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).

Para que operen las coberturas se exigen los siguientes requisitos que fueron pactados entre las partes:

“(…)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.(…)”

En conclusión, para que sea posible la afectación de las pólizas es necesario que se den dos acontecimientos: i) que el hecho dañoso ocurra durante la vigencia de la póliza; y ii) que las consecuencias jurídicas de dicho hecho sean reclamadas judicial o extrajudicialmente al asegurado o a la compañía de seguros dentro del periodo de vigencia.

Lo anterior implica que el periodo de retroactividad cubija cualquier siniestro ocurrido a partir del **17 de mayo de 2012**, fecha en la cual inició la primera vigencia de la póliza, tal y como se acredita con la carátula que se allega como prueba.

Teniendo en cuenta que el siniestro ocurrió el **23 de marzo de 2018 (audiencia de conciliación extrajudicial -reclamo)**, resulta evidente que no se cumple con las condiciones exigidas como lo es la ocurrencia de los hechos durante la vigencia de la póliza y su reclamo dentro del mismo periodo o su extensión, por lo tanto, las pólizas base del llamamiento no tienen cobertura en el presente caso.

D. LA COBERTURA DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES SE ENCUENTRA SUBLIMITADA

En la póliza No. 1040171 y 1058034 de Responsabilidad Clínicas y Hospitales se pactaron los siguientes amparos:

PÓLIZA N°
1040171

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



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO			CIA. PÓLIZA LIDER N°			CERTIFICADO LIDER N°			A.P.	
DÍA	MESES	AÑO	RENOVACION			6									NO	
5	5	2015														
TOMADOR 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.									NIT 805.027.743-1							
DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO 5141810							
ASEGURADO 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.									NIT 805.027.743-1							
DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO 5141810							
EMITIDO EN BOGOTA			CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DIAS
MONEDA Pesos			3202		32		DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		366
TIPO CAMBIO 1.00							17 5 2015			00:00		17 5 2016		00:00		
CARGAR A: DUMIÁN MEDICAL S.A.S									FORMA DE PAGO 9. PAGO A LOS 60 DIA			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 800,000,000.00				
Riesgo: 1 - KR 36 A 6 42, CALI, VALLE DEL CAUCA																
Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES																
AMPAROS CONTRATADOS																
No. Amparo Valor Asegurado AcumVA Prima																
5 COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES 800,000,000.00 SI 22,400,000.00																
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00 \$ NINGUNO																
1 ** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP 800,000,000.00 NO 0.00																
2 ** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES 800,000,000.00 NO 0.00																
4 **PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS 800,000,000.00 NO 0.00																
6 ** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 800,000,000.00 NO 0.00																
7 GASTOS MEDICOS																
LIMITE AGREGADO ANUAL 50,000,000.00																
LIMITE POR EVENTO O PERSONA 10,000,000.00																
10 GASTOS JUDICIALES																
LIMITE AGREGADO ANUAL 150,000,000.00																
LIMITE POR EVENTO O PERSONA 20,000,000.00																
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO																
9 DANOS EXTRAPATRIMONIALES 300,000,000.00 NO 0.00																
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00 \$ NINGUNO																

PÓLIZA N°
1058034

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



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO			CIA. PÓLIZA LIDER N°			CERTIFICADO LIDER N°			A.P.	
DÍA	MESES	AÑO	EXPEDICION			0									NO	
5	3	2018														
TOMADOR 785247-COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA									NIT 830.023.202-1							
DIRECCIÓN CALLE 45A NO 14-46, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO 2871945							
ASEGURADO 785247-COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA									NIT 830.023.202-1							
DIRECCIÓN CALLE 45A NO 14-46, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO 2871945							
EMITIDO EN BOGOTA			CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DIAS
MONEDA Pesos			3202		32		DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		365
TIPO CAMBIO 1.00							26 2 2018			00:00		26 2 2019		00:00		
CARGAR A: COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA									FORMA DE PAGO 9. PAGO A LOS 60 DIA			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00				
Riesgo: 1 - CL 7 # 34 00, CALI, VALLE DEL CAUCA																
Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES																
AMPAROS CONTRATADOS																
No. Amparo Valor Asegurado AcumVA Prima																
1 ** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP 2,000,000,000.00 NO 0.00																
2 ** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES 2,000,000,000.00 NO 0.00																
4 **PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS 2,000,000,000.00 NO 0.00																
5 COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES 2,000,000,000.00 SI 106,000,000.00																
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO																
6 ** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 2,000,000,000.00 NO 0.00																
7 GASTOS MEDICOS																
LIMITE AGREGADO ANUAL 200,000,000.00																
LIMITE POR EVENTO O PERSONA 100,000,000.00																
9 DANOS EXTRAPATRIMONIALES 300,000,000.00 NO 0.00																
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO																
10 GASTOS JUDICIALES																
LIMITE AGREGADO ANUAL 300,000,000.00																
LIMITE POR EVENTO O PERSONA 40,000,000.00																
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO																

Y en ellas se sublimitó el reconocimiento por concepto de perjuicios extrapatrimoniales del valor asegurado por cada evento.

SUBLÍMITES

1. Gastos Judiciales, de Defensa o de Abogados: Sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$150.000.000 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 \$10.000.000 por evento y \$50.000.000 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 \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 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.

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 2% por evento y 15% por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 15% evento/ vigencia Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.
Texto Continúa en Hojas de Anexos..

*** en el mismo orden que la imagen anterior.

Así las cosas, Previsora no podrá, en ningún caso, ser condenada en el presente proceso, si se llega a demostrar que existe responsabilidad civil imputable a la Clínica San Rafael y se dan los presupuestos de la claims made, la eventual o remota condena no puede los límites y sublímites pactados.

E. EXCLUSIÓN EXPRESA DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS POR FUERA DE LA VIGENCIA PACTADA EN EL CONTRATO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

De acuerdo con las condiciones particulares y generales de la póliza se encuentra excluido, entre otros eventos:

"(...)2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA."

Como se indicó anteriormente, en este caso revisando los dos contratos encontramos que en uno los hechos por los cuales se reclama ocurrieron por fuera de la vigencia de la póliza y en el otro contrato la reclamación se dio por fuera de ese periodo, razón por la cual la Previsora no está llamada a responder por la eventual condena a la que estuviera expuesta la institución de salud convocante, ya que el riesgo asegurado no se concretó bajo la modalidad de cobertura pactada.

Solicito se tenga en cuenta esta y las demás que apliquen y que se encuentren acreditadas en el expediente.

F. AUSENCIA DE COBERTURA EN EL CONTRATO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

Esta póliza no ofrece cobertura o excluye lo siguiente:

"2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES
PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA RECLAMACIONES Y/O INDEMNIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

(...) 29. 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.”

Así las cosas, Previsora no podrá, en ningún caso, ser condenada en el presente proceso, si se llega a demostrar que existe responsabilidad civil derivada de un acto u omisión médica atribuible al personal de la Clínica San Rafael.

Solicito se tenga en cuenta esta y las demás que apliquen y que se encuentren acreditadas en el expediente.

G. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO Y PAGO DEL DEDUCIBLE

En virtud del art. 1079 del C. de Co., *“el asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”*.

En tal sentido, en el improbable evento en que se condene a la aseguradora, el monto a indemnizar por parte de Previsora está restringido por el límite del valor asegurado pactado en la póliza de seguro y por los sublímites que se encuentran en la misma.

Teniendo en cuenta lo anterior, solicito a la H. Juez atender a las estipulaciones del contrato de seguro que limitan el monto máximo asegurado por la aseguradora.

H. AUSENCIA DE DEMOSTRACIÓN DEL SINIESTRO

El inciso primero del art. 1077 del C. de Co. impone al asegurado la obligación de demostrar la ocurrencia del siniestro. En voces del art. 1072 del mismo estatuto, *“se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”*.

Descendiendo de lo comentado, se encuentra que ni los demandantes ni la asegurada han cumplido con la carga que le impone la ley y el contrato de seguro, de probar la cuantía de este.

I. COBRO DE LO NO DEBIDO

Como se demostrará a lo largo del proceso, Previsora no debe suma alguna a los demandantes ni la asegurada.

Fundamento esta excepción en las normas que regulan la responsabilidad en el Código Civil y en el Código de Comercio, así como sus normas complementarias.

J. INEXISTENCIA DE MORA SIN INCUMPLIMIENTO

Dado que no hay incumplimiento alguno por parte de Previsora, no hay lugar al pago de intereses moratorios de ninguna clase, por aplicación de los artículos 822 y 833 del Código de Comercio y 1608 del Código Civil.

Fundamento esta excepción en el Libro Cuarto del Código Civil y en el Libro Cuarto del Código de Comercio.

K. EXCEPCIÓN GENÉRICA

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 282 del C.G.P., solicito a la H. Juez declarar probada cualquier otra excepción que derive de lo que se pruebe en el curso del presente proceso y que

impida que las pretensiones del llamamiento en garantía prosperen. Solicito se tenga en cuenta esta y las demás que apliquen y que se encuentren acreditadas en el expediente.

VIII. PRUEBAS

1. DOCUMENTALES

Adicionalmente, solicito se tengan como pruebas documentales las siguientes:

- 1.1. Carátula de la Póliza No. 1040171 de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales, que ya obra en el expediente.
- 1.2. Condicionado General de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales aplicable.
- 1.3. Carátula de la Póliza No. 1058034 de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales, que ya obra en el expediente.
- 1.4. Condicionado General de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales aplicable.

2. INTERROGATORIO DE PARTE O INFORME BAJO JURAMENTO

A los demandantes y a los convocantes Clínica San Rafael, Dumian Medical S.A.S. con el objeto de practicar interrogatorio para que declare sobre la ocurrencia de los hechos, pretensiones y excepciones que se debaten en el proceso, en especial, respecto de la atención médica brindada, asuntos y trámites administrativos adelantados en Dumian Medical, reclamación de los terceros etc.

Los interrogados deberán responder bajo juramento el interrogatorio que me permitiré formular por escrito con anterioridad a la fecha de la respectiva audiencia o en forma verbal en el momento en que se adelante la respectiva diligencia probatoria.

Nos reservamos el derecho de interrogar y contrainterrogar a los testigos de las partes.

IX. ANEXOS

1. Poder otorgado por Joan Sebastián Hernández Ordoñez a José Fernando Torres Fernández de Castro y Juan Felipe Torres Varela, que ya obra en el expediente.
2. Sustitución de poder a la suscrita abogada Ana Cristina Ruiz Esquivel que ya obra en el expediente.
3. Certificado de existencia y representación legal de La Previsora S.A. Compañía de Seguros expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia actualizado.

X. CANALES DIGITALES

El canal digital para envío de mensajes de datos corresponde a los correos electrónicos suministrados en el acápite de notificaciones, especialmente ana.ruiz@lexia.co

Adicionalmente manifestamos que el canal digital de preferencia para la realización de diligencias en el marco del proceso judicial es Microsoft Teams, sin embargo, contamos con los

medios para hacer uso de cualquier otra herramienta tecnológica, tales como RP1cloud, Zoom, Skype o cualquier otro que señale el despacho.

Para compartir información y almacenar datos, indicamos que el canal de preferencia es Microsoft OneDrive, sin embargo, podrá hacerse uso de cualquier otra herramienta tecnológica como Wetransfer, TransferNow, Dropbox o cualquier otro que señale el despacho.

XI. NOTIFICACIONES

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en la Calle 57 # 9 - 07, Bogotá D.C, o en el correo electrónico para notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

LA SUSCRITA APODERADA: Dirección de notificación: Calle 110 No. 9-25 Oficina 813, Torre Empresarial Pacific, Bogotá D.C. Dirección de correo electrónico: ana.ruiz@lexia.co

De la H. Juez.

Atentamente,



ANA CRISTINA RUIZ ESQUIVEL
C. C. No. 1.144.165.861 de Cali
T. P. No. 261.034 del C. S. de la J.
3158531689

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

RCP-006-005



CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

RCP-006-005



SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

RCP-006-005



1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

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

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

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

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

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

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

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

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

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

RCP-006-005



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

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

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

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

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

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

RCP-006-005



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

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

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

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

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

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

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

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

1. LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LOS DIRECTORES Y/O ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

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

RCP-006-005



3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
6. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
7. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE. DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
8. 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.
9. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
10. 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.
11. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/O

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



RCP-006-005

HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

12. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
13. 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.
14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, Y/O CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
15. 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.
16. CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
17. CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
18. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
19. RECLAMOS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
20. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

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

RCP-006-005



21. DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
22. DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA, CONTROL O TENENCIA DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
23. 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.
24. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
25. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO O VINCULADOS A TRAVÉS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS U OTRA MODALIDAD.
26. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
27. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
28. 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.
29. 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.
30. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
31. HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
32. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

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

RCP-006-005



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.
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.
35. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
36. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
37. 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.
38. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDA FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
39. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
40. 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.
41. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
42. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
43. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO

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

RCP-006-005



LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

44. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

- a) Asegurado: Es el establecimiento médico asistencial que presta el servicio médico de salud, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza. Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.
- b) Beneficiario: Persona natural que tiene derecho a recibir la indemnización, en su calidad de paciente y/o esté legalmente legitimado para reclamar un perjuicio, derivado del daño ocasionado al paciente.
- c) Evento: Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.
- d) Servicios Profesionales en la atención de la Salud de los pacientes: Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. Dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.
- e) Daños Materiales: Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- f) Lesiones Corporales: Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- g) Costas, Gastos, Intereses y Honorarios: Los intereses moratorios, las costas, gastos y honorarios incurridos por el ASEGURADO para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza.
- h) Fecha de Retroactividad: Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Eventos, esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y PREVISORA, en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.

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

RCP-006-005



- i) Indemnización: Pago efectuado según lo estipulado en la póliza de seguro, por concepto de daños y/o perjuicios amparados por la presente póliza, la cual no puede superar el importe del límite de valor asegurado (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- j) Paciente: Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios de salud y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos, diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- k) Reclamo: Cualquier acción judicial o extrajudicial, realizada contra el asegurado o su Asegurador, efectuado por primera vez durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad otorgado, como consecuencia de un perjuicio causado por éste, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por una prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o evento.

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

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

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

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

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

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

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

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

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

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

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

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

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

A. En caso de Siniestro o de tener conocimiento de Reclamaciones, el Asegurado, está obligado a:

- Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las Reclamaciones de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
- Dar noticia a PREVISORA de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial formulada en su contra. La noticia deberá darse dentro de los (3) tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer dicha situación y deberá incluir la siguiente información:

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

RCP-006-005



1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la prestación de servicios profesionales de atención en la salud a los pacientes;
 2. Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
 3. La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
 4. Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
 5. Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
 6. Nombre y domicilio de los intervinientes en la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes además del Asegurado.
 - No asumir ninguna responsabilidad ni conciliar o transigir ninguna Reclamación, ni incurrir en ningún costo o gasto de los que estarían cubiertos por esta póliza sin el consentimiento escrito de PREVISORA.
- B. Si durante la vigencia de la póliza o del Periodo Extendido para Reclamaciones, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un Siniestro o a generar una Reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal anterior.

En caso que con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza efectivamente se formalice una Reclamación derivada de los hechos o circunstancias que fueron notificados a PREVISORA en la forma establecida en este numeral, dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en el mismo momento en que los hechos y circunstancias que la originaron fueron debidamente notificados o avisados a LA PREVISORA razón por la cual la cobertura procederá bajo la póliza que se encontraba vigente en ese momento.

- C. En caso de Siniestro, el Asegurado, deberá informar a PREVISORA, de los seguros coexistentes, con indicación de la aseguradora y de la suma asegurada de los mismos.

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

- D. En caso de que el Tercero damnificado y/o beneficiario exija directamente a PREVISORA indemnización por los daños ocasionados por el Asegurado, deberá éste proporcionar todas las informaciones y pruebas pertinentes que PREVISORA solicite con relación a la ocurrencia del hecho y la cuantía que motiva la acción del Tercero perjudicado.

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

RCP-006-005



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

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

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

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

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

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

- 1) Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- 2) Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- 3) Transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- 4) Tomar las medidas que considere convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del asegurado.
- 5) Beneficiarse con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el asegurado.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

En el primer caso, la revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

El Asegurado o el Beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

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

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

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

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero Previsora sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

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

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

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

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

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

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

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

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

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

El Asegurado, a petición de PREVISORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsables de los perjuicios que le acarree a PREVISORA su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación.

PREVISORA podrá repetir contra el Asegurado el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción por el perjudicado o sus derecho habientes, cuando se descubra que el daño o perjuicio causado al Tercero se debió a conductas dolosas del Asegurado.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- a) PREVISORA tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado, incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc., en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- b) De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

También, PREVISORA podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de tres (3) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

19 CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CARÁCTER COMPLEMENTARIO DE LA COBERTURA Y COEXISTENCIA DE SEGUROS

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

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

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

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

RCP-006-005



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

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

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

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

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

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

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

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

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

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

**26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

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

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

RCP-006-005



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

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

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

**27 CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL/
CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO**

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

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

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

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

El tomador y/o asegurado autorizan a Previsora para que consulte, solicite, obtenga, transfiera, transmita, informe, conserve en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo del sector financiero, bursátil, asegurador, de la seguridad social, fiscal o industrial, nacional o internacional, toda la información, confidencial o no, obtenida o que le haya sido suministrada, o que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad haya celebrado así como sobre novedades, referencias comerciales y bancarias, manejo de pólizas y demás servicios que surjan de sus relaciones comerciales con Previsora y con terceros.

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 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

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.

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.

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4481289928183922

Generado el 15 de junio de 2022 a las 14:04:09

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 artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

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

NIT: 860002400-2

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) Distribuir los cargos de la compañía en las diferentes dependencias y ubicar el personal teniendo en cuenta la estructura, los planes, los programas y las necesidades del servicio de la compañía, mediante acto administrativo, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos j) Someter a aprobación de la Junta, Directiva el proyecto de

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



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4481289928183922

Generado el 15 de junio de 2022 a las 14:04:09

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

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 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 s) Crear las dependencias, agencias y sucursales que considere necesarias, previa autorización de la Junta Directiva, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos. VICEPRESIDENTES Y SECRETARIO GENERAL. La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Los Vicepresidentes y el Secretario General tendrán en el ejercicio de sus funciones asignadas, delegadas y otorgadas en encargo, la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. Ejercerán las atribuciones y cumplirán con los deberes que le señale el Presidente y desempeñarán las funciones que en ellos delegare éste, de acuerdo con lo previsto en estos estatutos. 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, en tal carácter deberá atender todo lo relacionado con estas materias y ejercer las demás funciones que le delegue o encargue el Presidente de la Sociedad de quien dependerá directamente. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. ARTICULO 59. DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES: La sociedad tendrá los gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía previa aprobación de la Junta Directiva; para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de éstos, 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 y/u otorgadas en encargo. 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, Decreto 580 de 2019, Decreto 1996 de 2017 o aquella norma que los modifique, adicione o sustituya y la Resolución No. 043 - de 2019 expedida por La Previsora S.A. o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así: VICEPRESIDENTE JURÍDICO; GERENTE DE LITIGIOS; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercer 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 ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL: Ejercer como representante legal de la compañía, en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera; GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMÓVILES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte 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: Representar a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial; SUBGERENTE DE PROCESOS JUDICIALES, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMINISTRATIVOS: Representar a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar; GERENTE JURÍDICO: Ejercer por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía .(Escritura Pública No. 2611 del 21 de



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4481289928183922

Generado el 15 de junio de 2022 a las 14:04:09

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

mayo de 2021, Notaría 72 de Bogotá D.C.)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Hernán Vélez Millán Fecha de inicio del cargo: 15/07/2020	CC - 6357600	Presidente
Benjamín Galán Otálora Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018	CC - 80425713	Vicepresidente Financiero
Paola María Mercado Cabrales Fecha de inicio del cargo: 02/06/2022	CC - 50911467	Vicepresidente Comercial
María Elvira Mac-douall Lombana Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019	CC - 39688259	Vicepresidente Técnica
Gelman Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 19/08/2021	CC - 80373854	Vicepresidente Jurídico
Gelman Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 22/11/2021	CC - 80373854	Secretario General Encargado (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2022076392- 000 del día 11 de abril de 2022, la entidad informa que, con Acta 1158 del 24 de febrero de 2022, fue removido del cargo de Secretario General Encargado. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)
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
Paola Andrea Gomez Mesa Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 52266729	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles
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: 4481289928183922

Generado el 15 de junio de 2022 a las 14:04:09

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Soranye Duque Valdés Fecha de inicio del cargo: 11/04/2022	CC - 31448412	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente
Miguel Escobar Botero Fecha de inicio del cargo: 19/02/2021	CC - 1152195263	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Norte
Andrés Lozano Karanauskas Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021	CC - 79955214	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
Scarlett Jordana Baena Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 10/11/2021	CC - 1020744966	Representación Legal Judicial y Extrajudicial como Gerente Jurídica
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 Naranjo 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
Daniel Alejandro Palacios Ballen Fecha de inicio del cargo: 28/04/2022	CC - 1015441384	Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos
Verónica Tatiana Urrutia Aguirre Fecha de inicio del cargo: 07/01/2021	CC - 52333363	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

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



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4481289928183922

Generado el 15 de junio de 2022 a las 14:04:09

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

en adelante ramo de minas y petróleos.

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

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

Oficio No 2022037686-015 del 28 de marzo de 2022 autoriza el ramo de Seguro Decenal



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
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."

