

PÓLIZA N°

1032590

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 28	MES 2	AÑO 2018	CERTIFICADO DE RENOVACION	N° CERTIFICADO 15	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO									
TOMADOR 945609-SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSE DIRECCIÓN CALLE 10 NO. 18-75, BOGOTÁ, CUNDINAMARCA						NIT 899.999.017-4 TELÉFONO 3538000										
ASEGURADO 945609-SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSE DIRECCIÓN CL 10 18 75, BOGOTÁ, CUNDINAMARCA						NIT 899.999.017-4 TELÉFONO 3538000										
EMITIDO EN BOGOTÁ			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA	NÚMERO DE DÍAS							
MONEDA Pesos					DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	A LAS					
TIPO CAMBIO 1.00			3202	32	28	2	2018	28	2	2018	00:00	28	2	2019	00:00	365
CARGAR A: SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSE						FORMA DE PAGO 9. PAGO A LOS 60 DÍAS			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 1,500,000,000.00							

Riesgo: 1 -
CALLE 10 NO 18-75, BOGOTÁ, CUNDINAMARCA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,500,000,000.00	SI	135,000,000.00
6	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,500,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	75,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	400,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	250,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	30,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV		NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 000

100.000 % NO APLICA

RCP-006-5 - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA I

Texto Continua en Hojas de Anexos...

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. (ARTÍCULOS 81 Y 82 DE LA LEY 45/90 Y ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO).

EL PAGO TARDÍO DE LA PRIMA NO REHABILITA EL CONTRATO. EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA SOLO SE OBLIGA A DEVOLVER LA PARTE NO DEVENGADA DE LA PRIMA EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***135,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$**25,650,000.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*160,650,000.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No. 2509 DE 1985.

SOMOS ENTIDAD DE ECONOMÍA MIXTA, EN LA QUE EL ESTADO TIENE PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 90%, POR LO TANTO ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIONES DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

02/04/2019 19:15:54

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPañIA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				2681	1	CORRECOL LTDA. - CORRE	10.40
				1188	1	SANTIAGO VELEZ Y ASOCI	2.60
							14,040,000.0
							3,510,000.00

76

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1032590 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

15

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR NOMBRE: SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSE
NIT: 899999017-4
DIRECCIÓN: CL 10 18 75

ASEGURADOS NOMBRE: SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSE
NIT: 899999017-4
DIRECCIÓN: CL 10 18 75

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: BOGOTÁ - CUNDINAMARCA

VIGENCIA: 28 DE FEBRERO DE 2018 HASTA 28 DE FEBRERO 2019

OBJETO DEL SEGURO

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

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-5

RETROACTIVIDAD: Septiembre 23 de 2.011, sin que existan periodos de interrupción

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$1.500.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 9% + IVA

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$30.000.000 por evento y \$250.000.000 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 \$75.000.000 por evento y \$200.000.000 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 \$200.000.000 por evento y \$400.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1032590 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

15

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso 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.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la caratula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el Sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.
 - b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

EXCLUSIONES

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

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

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1032590 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

15

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

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 60 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 30 días
 3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
 - Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
 5. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
 6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 7. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
 8. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
 9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...



PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1032590 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

15

10. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.
11. La presente oferta comercial tendrá validez de 10 días calendario. En caso de presentarse un evento siniestral o cualquier otra circunstancia que modifique las condiciones del riesgo, la presente oferta quedará sin validez automáticamente.

**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 ESTÁ 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.

36

32

**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 REGIRÁN PARA EL AMPARO DEL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, ES DECIR, DICHO AMPARO NO ALTERARÁ EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ACORDADO EN LA PÓLIZA, NI EL ALCANCE, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS.

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

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

**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:

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

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

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

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

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

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

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

**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/U 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/U 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/U

**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 GASTROPLASTIA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESITAL, 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, SUBITO, 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.

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

RCP-006-005



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.

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

RCP-006-005



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.

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

RCP-006-005



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.

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

RCP-006-005



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.

TORRES FERNÁNDEZ DE CASTRO
ABOGADOS

Honorable
JUZGADO VEINTISIETE (27) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

REF.: Proceso No. 11001310302720190005500

Demandante: Tamara Ximena Atuesta Torres

Demandados: Sociedad de Cirugía de Bogotá

Llamado en garantía: La Previsora S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

JUAN FELIPE TORRES VARELA mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.020.727.443 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 227.698 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderado de LA PREVISORA S.A., sociedad comercial, identificada con N.I.T. 860.002.400-2, con domicilio principal en la Calle 57 No. 9-07 de la ciudad de Bogotá D.C., con correo electrónico de notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.com.co, entidad sometida al control y vigilada por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente para asuntos judiciales por JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.014.214.701 de Bogotá, como lo acredita el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por dicha entidad, acudo ante su despacho para CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA formulado por la Sociedad de Cirugía-Hospital de San José (en lo sucesivo, para abreviar, "el Hospital" o "el llamante").

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

TABLA DE CONTENIDO

I.	OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	2
II.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	2
III.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	3
IV.	EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.....	4
A.	CONSIDERACIONES PRELIMINARES RESPECTO DE LA NECESIDAD DE EXAMINAR EL CASO A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO Y LAS DISPOSICIONES QUE LO RIGEN	4
B.	AUSENCIA DE DEMOSTRACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA. INEXIGIBILIDAD DE LA SUPUESTA OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA.....	6
C.	AUSENCIA DE ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL - INEXISTENCIA DE SINIESTRO A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO.....	6
1.	Cumplimiento de la lex artis.....	8
2.	Inexistencia de culpa del Hospital y el personal a su cargo. Las actuaciones fueron prudentes, diligentes y perita.	10
3.	Inexistencia de nexo de causalidad.	11
4.	Acaecimiento del riesgo previsto	12
D.	PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN QUE DERIVA DEL CONTRATO DE SEGURO.....	13
1.	Configuración de la prescripción ordinaria de la acción que emana del contrato de seguro.....	13
2.	De la prescripción extraordinaria de la acción que deriva del contrato de seguro	14
E.	LOS DAÑOS ALEGADOS NO EXISTEN, NO ESTÁN PROBADOS, ESTÁN SOBRESTIMADOS.....	15
1.	De la falta de acreditación de vínculo marital o unión marital de hecho entre la señora Tamara Ximena Atuesta Torres y el señor Andrés Esquil López Ibarguen – Falta de legitimación en causa por activa para solicitar daños morales.....	15
2.	De los perjuicios morales	17

Calle 110 No. 9-25 Of. 813, Torre Empresarial Pacific, Bogotá D.C., Colombia

Teléfono. (571) 6296781 Fax. 8571) 6297479

jftorres@tfdc.co/www.tfdc.co

F.	FALTA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA NO. 1032590	19
1.	Exclusión de los actos médicos cuyo tratamiento o finalidad devenga en la procreación	20
2.	Exclusión respecto de actos o actividades que quebranten cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.	20
3.	Exclusión de responsabilidad civil profesional con ocasión de actividades netamente administrativas.	20
4.	Exclusión de responsabilidad civil por errores o inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.	21
G.	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO	21
H.	LIMITACIÓN CONTRACTUAL AL MONTO INDEMNIZABLE Y ALCANCE MÁXIMO DE UNA HIPOTÉTICA CONDENA	21
I.	REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN Y COMPENSACIÓN	22
J.	PAGO DEL DEDUCIBLE	22
K.	EXCEPCIÓN GENÉRICA	22
V.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA	22
VI.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA	22
VII.	EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA	22
VIII.	PRUEBAS	23
A.	DOCUMENTALES	23
L.	INTERROGATORIO DE PARTE	23
M.	TESTIMONIOS	23
N.	EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS DEL HOSPITAL DE SAN JOSÉ	24
O.	CONTRADICCIÓN DEL DICTÁMEN APORTADO POR LA PARTE ACTORA	24
IX.	ANEXOS	25
X.	NOTIFICACIONES	25

I. OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Mediante auto del 29 de agosto de 2019 se admitió el llamamiento en garantía efectuado por la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José contra La Previsora S.A. (en lo sucesivo, para abreviar, "La Previsora" o ("la aseguradora") y se ordenó correr traslado a mi representada en los términos de los artículos 66, 291 y 292 del C.G.P.

Teniendo en cuenta lo anterior y que el auto en mención fue notificado personalmente al suscrito el 29 de octubre de 2019, el término para contestar el llamamiento en garantía inició el 30 de febrero de 2019 y finaliza el 28 de noviembre del mismo año, por lo cual el presente escrito se presenta de forma oportuna.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Me opongo totalmente a la pretensión del llamamiento en garantía consistente a que se condene a La Previsora a reembolsarse al hospital las sumas de dinero que éste último tuviera que pagar a la parte actora como consecuencia de una sentencia condenatoria que resuelva las pretensiones de la demanda, por cuanto la demanda carece de sustento fáctico y jurídico, no concurren los requisitos para declarar la responsabilidad del hospital toda vez que la entidad actuó conforme a las buenas prácticas médicas, la lex artis de la materia, y no existió culpa de la entidad.

Asimismo, me opongo totalmente toda vez que, a la luz del contrato de seguro enmarcado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Póliza Responsabilidad Civil No. 1032590, no existe siniestro y por ende no hay cobertura.

No sobra recordar puede haber responsabilidad del llamante en garantía —o no haberla— y no haber responsabilidad de la aseguradora si a la luz de la póliza no existe siniestro, o se está en presencia de exclusiones del riesgo amparado o de limitaciones o restricciones como condiciones precedentes de responsabilidad, o limitaciones respecto de la cuantía indemnizable, derivadas de la suma asegurada o de la existencia de deducibles.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Me pronuncio respecto de los hechos del llamamiento en garantía en el mismo orden en que fueron planteados así:

1. Es cierto pero aclaro y complemento:

La Previsora expidió la Póliza No. 1032590 en la cual se consigna como tomador y asegurado la Sociedad de Cirugía-Hospital San José. De acuerdo con la póliza aludida, la misma cuenta con una vigencia general del 28 de febrero de 2018 hasta el 28 de febrero de 2019, la modalidad de la póliza es bajo el sistema de Claims Made con una retroactividad hasta el 23 de septiembre de 2011. Dicha póliza ha sido objeto de 18 certificados modificatorios, sin embargo, para el caso, el certificado aplicable es el número 15, el cual fue aportado por el llamante y que ahora apporto con este escrito.

La Póliza contiene diversos amparos dentro de los cuales cabe recalcar el relativo a la “Cobertura R.C. Clínicas y Hospitales” por ser el amparo aplicable, y el cual contiene un valor asegurado COP\$1,500,000,000. La póliza además contempla un deducible para dicho amparo de 10% del valor de la pérdida y un mínimo 15,000,000, y su cobertura está sujeta a todos los términos de la póliza, que tiene exclusiones, limitaciones, cláusulas de delimitación de cobertura, límites de suma asegurada, entre otros.

Dentro de las exclusiones contempladas en las condiciones particulares resaltó las siguientes:

- i) 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;
- ii) Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud;
- iii) Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia;
- iv) R.C. Profesional del área actividades netamente administrativas.

2. La Previsora se obliga a “Indemnizar al asegurado por cualquier suma que éste deba pagar a un tercero en razón de la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier “acto médico” derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamado por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza”.

En ese sentido, son dos condiciones que son relevantes a la luz de una póliza claims made. Primero, que el hecho ocurra en vigencia de la póliza y, segundo, que la reclamación ocurra también en vigencia de la misma.

3. Es cierto.

4. No me consta por tratarse de un hecho ajeno a mi representada. Sin embargo, de acuerdo con el documento obrante a folio 120 y siguientes del cuaderno principal, el 15 de enero de 2019 se llevó a cabo audiencia prejudicial de conciliación la cual resultó fallida, tal y como consta en el documento.

5. No se trata de un hecho sino de un juicio de valor emitido por el apoderado del llamante en garantía que carece de fundamentos fácticos y jurídicos, y sujeto a debate en el presente proceso.

Además cabe señalar que no es posible confundir la relación entre la parte actora -quienes aducen perjuicios- y el Hospital, regida por las normas que regulan la responsabilidad contractual, y la existente entre el Hospital y La Previsora, esta última regida por las normas que regulan el contrato de seguro, contenidas en el Código de Comercio y en la respectiva póliza. En consecuencia, puede haber responsabilidad del Hospital -o no haberla como ocurre en el presente caso- y no haber responsabilidad de la aseguradora si a la luz de la póliza no existe siniestro, o se está en presencia de exclusiones del riesgo amparado o de limitaciones o restricciones como condiciones precedentes de responsabilidad, o limitaciones respecto de la cuantía indemnizable, derivadas de la suma asegurada o de la existencia de deducibles.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A. CONSIDERACIONES PRELIMINARES RESPECTO DE LA NECESIDAD DE EXAMINAR EL CASO A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO Y LAS DISPOSICIONES QUE LO RIGEN

La eventual responsabilidad que le pueda incumbir a La 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.

De lo anterior, debe quedar claro que en este proceso nos encontramos ante relaciones jurídicas distintas que no pueden confundirse: (i) la de los demandantes Profamilia; y (ii) la de esta última con La Previsora, la cual deberá examinarse exclusivamente a la luz del contrato de seguro y de la normativa que regula este contrato.

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, y en las normas legales que regulan el contrato de seguro.

En efecto, el artículo 1056 del Código de Comercio establece al respecto:

"Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurada, el patrimonio o la persona del asegurado."

La Corte Suprema de Justicia ha expresado que la relación entre la víctima y la compañía de seguros como consecuencia de la celebración de un contrato de seguro de responsabilidad civil, se encuentra regida por el contenido de ese negocio jurídico y por las normas especiales que regulan este tipo de seguro en el C. de Co. Al respecto ha sostenido que:

"...Conviene insistir una vez más que en lo tocante con la relación externa entre asegurador y víctima, la fuente del derecho de ésta estriba en la ley, que expresa e inequívocamente la ha erigido como destinataria de la prestación emanada del contrato de seguro, o sea, como beneficiaria de la misma (artículo 1127 C. de Co.). Acerca de la obligación condicional de la compañía (artículo 1045 C. de Co.), en efecto, ella nace de esta especie de convenio celebrado con el tomador, en virtud del cual aquélla sumirá, conforme a las circunstancias, la reparación del daño que el asegurado pueda producir a terceros y hasta por el monto pactado en el respectivo negocio jurídico, de suerte que la deuda del asegurador tiene como derecho correlativo el de la víctima- por ministerio de la ley para la indemnización de dicho detrimento, llegado el caso. Con todo, fundamental resulta precisar que aunque el derecho que extiende al perjudicado los efectos del contrato brota de la propia ley, lo cierto es que aquél no podrá pretender cosa distinta de la que eficazmente delimite el objeto negocial, por lo menos en su relación directa con el asegurador, que como tal está sujeta a ciertas limitaciones (...)."¹

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 10 de febrero de 2005. M.P. César Julio Valencia Copete. Expediente: 7173.

En igual sentido, el distinguido profesor y exmagistrado de la Corte Suprema de Justicia, Carlos Ignacio Jaramillo, en el laudo arbitral del 15 de diciembre de 2009 que resolvió las diferencias surgidas entre Quala S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., señaló:

"Y, frente a ello, es claro que una interpretación extensiva de la póliza de seguro, que dilata o expande las arquetípicas coberturas otorgadas y riesgos a los que se ha obligado el asegurador, gravándolo con una carga prestacional mayor a aquella en la que originalmente consintió y por la cual está recibiendo una contraprestación expresada en la prima, implica un trato desigual que coloca a dicho asegurador en una marcada situación de desventaja y, de paso, una vez más, desatiende el axioma del pacta sunt servanda, como quiera que se le está obligando donde no hay pacto y sin contraprestación alguna – precisamente porque la prima se fija de conformidad con los riesgos ciertamente asumidos–.

De allí la medida con la que debe proceder el intérprete al momento de ejecutar su granada labor, en orden a evitar desbordamientos o yerros hermenéuticos, por demás comunes cuando se malentiende la función jurídica de la interpretación². De interés, en esta materia, resulta el contenido de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de fecha 29 de junio de 2007 que, en lo pertinente, dispuso que:

"...cuando el juez so pretexto de interpretación, desnaturaliza abiertamente las convenciones de las partes contratantes, o pretermite al aplicar el contrato alguna estipulación terminante o la sustituye por otra de su invención" (XXV, 429), ajena por completo a lo realmente querido por ellas, norte señero que debe orientar la exigente, a la vez que prudente y cautelosa tarea asignada al intérprete. Ello explica que entre interpretación e invención y alteración, medie una apreciable diferencia. Por eso son términos que denotan actuaciones opuestas entre sí, al punto que, con potísima razón, son antagónicos. El hermeneuta, en tal virtud, no puede equipararse –o creerse– un adivino o un sujeto que, con prescindencia de lo realmente convenido y olvidando su específico radio competencial, adultera –y de paso traiciona– lo pretendido por las partes. Esa no es la conducta que se espera de un juez, quien por más poderes que se le otorguen, sobre todo en los tiempos que corren signados por la presencia de un estado social de derecho, tiene fundados y racionales límites. No en vano, el juzgador no posee una patente de corso para desconocer la realidad negocial, so capa de dictar o estructurar la suya. Quien se comporta de ese modo, olvida que su rol no es el de convertirse en un invasor que impone su ley y su credo, sino en un servidor público imparcial al que se la ha confiado la elevada misión de desentrañar, esclarecer y fijar el genuino alcance de un negocio jurídico celebrado por terceras personas –y no propiamente por él–"³.

De manera que para que pueda configurarse la responsabilidad civil de la entidad aseguradora, en virtud de una póliza de responsabilidad civil, no basta con que el asegurado haya sido condenado. Más allá de ello, el

² Sobre este particular, cumple reiterar lo que la Corte Suprema de Justicia tuvo ocasión de establecer en reciente providencia del pasado 19 de diciembre de 2008, anteriormente citada, a la par que en la providencia del 23 de mayo de 1988, una y otra alusivas a la interpretación del contrato de seguro, ocasión en la que sostuvo que "... no puede el intérprete (...) sustituir indebidamente a los contratantes..." (Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de diciembre de 2008). Idea que ha tenido la oportunidad de reiterar en numerosas ocasiones.

La doctrina ha coincidido también en que el intérprete debe guardar una actitud serena, libre de pasiones o de intereses subjetivos en el momento de desarrollar su importante labor de desentrañar el verdadero contenido contractual en un caso determinado; así, el profesor Giorgio Giorgi, enseña que "... el arte de interpretar (...) consiste (...) en disponerse a descubrir la voluntad humana, poniéndose en las condiciones de mente y de corazón más propias para lograr el intento. Inteligencia suficiente por la naturaleza, por estudio y por ejercicio; ánimo sencillo e imparcial, libres siempre de juicios preconcebidos, como de pasiones e intereses; intención de conocer la verdad, estudio diligente (...) el intérprete consagrado al estudio de la verdad y de la justicia concibe el sentimiento y el amor, adquiere el celo, y explayando su espíritu en una atmósfera serena, donde no le ofuscan las nubes de las pasiones, estará seguro de inducir la voluntad de las partes ...". GIORGI, Giorgio. Teoría de las obligaciones, Reus, Madrid, 1930, V. 4, pág. 184). Luigi Carriota Ferrara, por su parte, sostiene que "... un error dejarse empujar y guiar o dominar por las ideas propias y, se diría, por las propias pasiones en el terreno de la teoría general del negocio, cuando se nos plantea la solución de éste que es el problema central de la interpretación. Lo mejor es partir serenos y carentes de preconcepciones ...". CARRIOTA FERRARA, Luigi. El negocio jurídico, Aguilar, Madrid, 1956, p. 611.

³ Sobre este particular, ha dicho también la Corte Suprema de Justicia, en providencia del 14 de agosto de 2000 que "... si la misión del intérprete (...) es la de recrear la voluntad de los extremos de la voluntad contractual, su laborio debe circunscribirse, únicamente, a la consecución prudente y reflexiva del aludido logro, en orden a que su valoración, de índole reconstructiva, no eclipse el querer de los convencionalistas, y lo que es más importante, no conduzca a su suplantación, toda vez que ello es lo que desventuradamente hacen algunos juzgadores, quienes enarbolando la bandera hermenéutica, terminan invadiendo la órbita negocial, al punto de que en veces (...) parecen fungir más como contratantes que como intérpretes del contrato, esto es, como invariablemente debe tener lugar, situados en su periferia. Cuán cauteloso entonces debe ser el fallador, para evitar que la intención real de los artífices del negocio respectivo, sea fidedignamente interpretado –y de paso respetada– y de ninguna manera mancillada, o sea, adulterada o falsificada, so capa de buscar, equivocada y forzosamente, la supuesta intención de los que han contratado (...) sin percatarse que procediendo de esa cuestionada manera la conculca y, por consiguiente, a modo de irresoluta secuela, distorsionan el acuerdo negocial, ora porque recortan su extensión, ora porque la aumentan o, incluso, porque lo truequen. De ahí que so pretexto de auscultar la voluntad de los contratantes, no puede el intérprete desfigurar el texto del contrato, máxime si éste, justamente, la recoge con fidelidad ..." (se subraya). Cfr. Sentencia del 27 de agosto de 1971, CCLV, 568.

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 del mismo. Por lo anterior, pese a la existencia de una póliza de responsabilidad civil, 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.

**B. AUSENCIA DE DEMOSTRACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.
INEXIGIBILIDAD DE LA SUPUESTA OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA.**

El artículo 1757 del Código Civil, en relación con la carga probatoria, determina que le "Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta", disposición que se reitera en el Código General del Proceso, artículo 167, según el cual *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"*.

A su turno, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida y, al tratarse de un seguro de responsabilidad extracontractual que tiene naturaleza de seguro de daños, se le aplica el principio indemnizatorio, y la indemnización no podrá exceder el daño efectivamente sufrido, el cual debe ser demostrado por el asegurado, hasta concurrencia de la suma asegurada.^{4,5,6}

En el presente caso es evidente que no se ha cumplido con la carga de demostrar el siniestro, ni su cuantía y, en ese sentido, no se ha cumplido el riesgo asegurado que predicen las normas que rigen el contrato de seguro.

C. AUSENCIA DE ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL - INEXISTENCIA DE SINIESTRO A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO

En el seguro de cumplimiento el riesgo asegurado está constituido por la eventualidad de un incumplimiento por parte del deudor y el siniestro se entiende acaecido, *"con la realización del riesgo asegurado, es decir, con el incumplimiento de la obligación garantizada, del cual dimana la obligación del asegurador, ..."*⁷, en el entendido, claro está, de que exista perjuicio para el asegurado por cuanto sin perjuicio no puede entenderse configurado el siniestro, según lo ha expresado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia⁸.

⁴ Corte Suprema de Justicia, sentencia de 7 de noviembre de 2007, Exp. C-7600131030141999-01083-01, M.P. Jaime Alberto Arrubla. *"Es precisamente por efecto de ese carácter indemnizatorio que, acorde con el artículo 1077 ejusdem, le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como "la cuantía de la pérdida"; es decir, que al demandar el pago de la indemnización debe probar no solamente los hechos a cuyo amparo estima se configuró el siniestro sino también la naturaleza de los daños padecidos y la extensión de los perjuicios sufridos a raíz de la realización del riesgo asegurado. Significa lo anterior que aquél, al pretender obtener el pago de la indemnización convenida, total o parcial, debe demostrar "ya mediante reclamo extrajudicial o ya por vía judicial, la existencia del daño padecido y su cuantía, pues sólo hasta allá se extiende la responsabilidad de la compañía a quien, por razón de tal vínculo, le corresponde pagar, únicamente en esa medida, los perjuicios derivados para aquél por causa del incumplimiento de las obligaciones del tomador"*(sentencia 170 de 21 de septiembre de 2000, exp.#6140).". *"...la obligación de indemnizar surge a cargo de la compañía aseguradora únicamente ante la prueba del daño y del monto del perjuicio, y que, por ende, el beneficiario carece derecho a ser indemnizado con base en la prueba del simple incumplimiento del tomador. Por lo mismo, puede decirse que el incumplimiento por parte del obligado, per se, no alcanza a configurar el siniestro contemplado en el artículo 1072 del Código de comercio salvo que, como consecuencia de tal desatención, se produzca un perjuicio real para el asegurado, vale decir, aquel que llegue evidentemente a materializarse en un auténtico desmedro patrimonial para éste.*

⁵ Corte Suprema de Justicia, Cas. Civil, sentencia de 30 de julio de 2008, expediente No.11001-3103-036-1999-01458-01. M. P. William Namén. *"Por ende, la obligación del asegurador no consiste en pagarle al acreedor asegurado la suma de dinero que pretenda, sino indemnizarle el daño o perjuicio que, en estrictez, derive del incumplimiento imputable al deudor, que se le demuestre suficientemente y hasta concurrencia, claro está, de la suma asegurada"* (cas. civ. 24 de julio de 2006, exp. 0019, cas.civ. 12 de diciembre de 2006 [SC-174-2006], exp. 11001-31-03-035-1998-00853-01). Y, en torno de la carga probatoria, agrega, *"dada su naturaleza jurídica, el beneficiario del seguro de cumplimiento, ante el acaecimiento del siniestro, debe demostrar ante la compañía aseguradora, ya mediante reclamo extrajudicial o ya por vía judicial, la existencia del daño padecido y su cuantía, pues sólo hasta allá se extiende la responsabilidad de la compañía a quien, por razón de tal vínculo, le corresponde pagar, únicamente en esa medida, los perjuicios derivados para aquél por causa del incumplimiento de las obligaciones del tomador."*

⁶ Corte Suprema de Justicia. Cas. Civ. de 7 de mayo de 2002. M.P. José Fernando Ramírez Gómez. Exp. 6181 *"Tratándose como se anticipó, de una variante de los seguros de daños, que se encuentran sometidos al principio indemnizatorio consagrado por el artículo 1088 del C. de Co., la obligación del asegurador consiste en resarcir al acreedor el daño o perjuicio que deriva del incumplimiento del deudor, hasta concurrencia de la suma asegurada. Bajo tal perspectiva, acaecido el siniestro, con la realización del riesgo asegurado, es decir, con el incumplimiento de la obligación amparada, del cual dimana la obligación del asegurador, incumbe al asegurado demostrar ante el asegurador la ocurrencia del mismo, el menoscabo patrimonial que le irroga (perjuicio) y su cuantía, para que éste a su turno deba indemnizarle el daño padecido, hasta concurrencia del valor asegurado.*

A propósito del perjuicio en este tipo de seguro y la prueba del mismo, la Corporación en sentencia de 21 de septiembre de 2000, explicó lo siguiente: "En lo que toca con la carga probatoria sobre el monto de los perjuicios debe decirse que su imposición y satisfacción por el asegurado se explica, de un lado, porque la aseguradora no hace las veces de fiador de deuda ajena, pues asume la propia estipulada en la póliza, de carácter condicional, por supuesto distinta de la que contrajo el deudor del contrato objeto de aseguramiento; y de otro lado, porque, contrario a lo que sostiene la censura, el seguro de cumplimiento de que aquí se trata no es un seguro de valor admitido que permita deducir que el valor de la indemnización a cargo del asegurador es igual al valor asegurado que aparece en la póliza."

⁷ Corte Suprema de Justicia, Cas.Civil, 7 de mayo de 2002, Exp. No. 6181.

⁸ Corte Suprema de Justicia, Cas.Civil, 22 de julio de 1999, Exp. No. 5065.

Ha dicho también la Corte Suprema de Justicia que, "el cometido de esta especie de seguro no es otro que el de "garantizar el cumplimiento de la obligación, en forma tal que en el evento de la ocurrencia del riesgo, que consiste en el no cumplimiento —o en "la eventualidad del incumplimiento del deudor", el asegurador toma a su cargo "hasta por el monto de la suma asegurada, los perjuicios derivados del incumplimiento de la obligación afianzada" (Sent. de marzo 15 de 1983) (Sent. de septiembre 21 de 2000, exp.: 6140). (sent. Cas. 2 de febrero de 2001, Exp. 5670)." (Negrilla y subrayado son nuestros)";

Dijo también la Corte Suprema de Justicia que "ocurrido el riesgo, el beneficiario del seguro, es decir, el acreedor de la obligación incumplida, debe demostrar, frente a un reclamo judicial o extrajudicial, amén de ese hecho, el daño derivado del incumplimiento, así como su cuantía (C. Co., art. 1077), pues por tratarse de un seguro que lo rige el principio indemnizatorio (art. 1088, ibid.), la obligación de resarcir los perjuicios no puede ir más allá del detrimento patrimonial efectiva y realmente causado, el cual bien puede ser menor de la suma tope asegurada. Como lo tiene dicho la Corte, esa carga probatoria se explica, de un lado, porque la compañía aseguradora no asume una deuda ajena, sino la "propia estipulada en la póliza", y de otro, porque el "seguro de cumplimiento (...) no es un seguro de valor admitido que permita deducir que el valor de la indemnización a cargo del asegurador es igual al valor asegurado que aparece en la póliza" (10¹¹). (Negrilla y subrayado son nuestros).

En el mismo sentido, los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, señalan que le corresponde al asegurador demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, toda vez que el seguro de cumplimiento tiene naturaleza de seguro de daños, se le aplica el principio indemnizatorio, y la indemnización no podrá exceder el daño efectivamente sufrido, el cual debe ser demostrado por el asegurado, hasta concurrencia de la suma asegurada.^{12,13,14}

Por su parte, la responsabilidad civil contractual concurre cuando el daño se da como consecuencia de la inobservancia de las obligaciones y deberes jurídicos que emergen de un vínculo obligatorio previo a la ocurrencia de los daños. Al respecto, la jurisprudencia colombiana a través de la Corte Suprema de Justicia ha sostenido que:

⁹ Corte Suprema de Justicia, Cas. Civ., 15 de agosto de 2008, Ref.: 11001 31 03 016 1994 03216 01, M.P. Pedro Octavio Munar Cadena.

¹⁰ Alude en la nota la Corte Suprema de Justicia a la Sentencia 170 de 21 de septiembre de 2000, Expediente 6140.

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Cas. Civ., 7 de noviembre de 2007, Exp. No. C-7600131030141999-01083-01 DE 2007, M.P. Jaime Arrubla Paucar. En

sentido similar la sentencia de Cas. Civ., 15 de agosto de 2008, Ref.: 11001 31 03 016 1994 03216 01, M.P. Pedro Octavio Munar Cadena.

¹² Corte Suprema de Justicia, sentencia de 7 de noviembre de 2007, Exp. C-7600131030141999-01083-01, M.P. Jaime Alberto Arrubla. "Es precisamente

por efecto de ese carácter indemnizatorio que, acorde con el artículo 1077 elusdem, le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro,

así como "la cuantía de la pérdida", es decir, que al demandar el pago de la indemnización debe probar no solamente los hechos a cuyo amparo estima

se configuró el siniestro sino también la naturaleza de los daños padecidos y la extensión de los perjuicios sufridos a raíz de la realización del riesgo

asegurado. Significa lo anterior que aquel, al pretender obtener el pago de la indemnización convenida, total o parcial, debe demostrar "ya mediante

reclamo extrajudicial o ya por vía judicial, la existencia del daño padecido y su cuantía, pues sólo hasta allí se extiende la responsabilidad de la compañía

a quien, por razón de tal vínculo, le corresponde pagar, únicamente en esa medida, los perjuicios derivados para aquel por causa del incumplimiento de

las obligaciones del tomador" (sentencia 170 de 21 de septiembre de 2000, exp. #6140). "... la obligación de indemnizar surge a cargo de la compañía

aseguradora únicamente ante la prueba del daño y del monto del perjuicio, y que, por ende, el beneficiario carece de derecho a ser indemnizado con base

en la prueba del simple incumplimiento del tomador. Por lo mismo, puede decirse que el incumplimiento por parte del obligado, per se, no alcanza a

configurar el siniestro contemplado en el artículo 1072 del Código de Comercio salvo que, como consecuencia de tal desatención, se produzca un perjuicio

real para el asegurado, vale decir, aquel que llegue evidentemente a materializarse en un auténtico desmedro patrimonial para éste.

¹³ Corte Suprema de Justicia, Cas. Civil, sentencia de 30 de julio de 2008, expediente No. 11001-3103-036-1999-01458-01, M. P. William Namén. "Por

ende, la obligación del asegurador no consiste en pagarle al acreedor-asegurado la suma de dinero que pretende, sino indemnizarle el daño o perjuicio

que, en estrictez, derive del incumplimiento imputable al deudor, que se le demuestre suficientemente y hasta concurrencia, claro está, de la suma

asegurada" (cas. civ. 24 de julio de 2006, exp. 0019, cas. civ. 12 de diciembre de 2006 [SC-174-2006], exp. 11001-31-03-035-1998-00853-01).

Y, en torno de la carga probatoria, agrega, "dada su naturaleza jurídica, el beneficiario del seguro de cumplimiento, ante el acaecimiento del siniestro,

debe demostrar ante la compañía aseguradora, ya mediante reclamo extrajudicial o ya por vía judicial, la existencia del daño padecido y su cuantía,

pues sólo hasta allí se extiende la responsabilidad de la compañía a quien, por razón de tal vínculo, le corresponde pagar, únicamente en esa medida,

los perjuicios derivados para aquel por causa del incumplimiento de las obligaciones del tomador."

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Cas. Civ. de 7 de mayo de 2002, M. P. José Fernando Ramírez Gómez, Exp. 6181 "Tratándose como se anticipa, de una

variante de los seguros de daños, que se encuentran sometidos al principio indemnizatorio consagrado por el artículo 1088 del C. de Co., la obligación

del asegurador consiste en resarcir al acreedor el daño o perjuicio que deriva del incumplimiento del deudor, hasta concurrencia de la suma asegurada.

Bajo tal perspectiva, acaecido el siniestro, con la realización del riesgo asegurado, es decir, con el incumplimiento de la obligación amparada, del cual

dimana la obligación del asegurador, incumbe al asegurado demostrar ante el asegurador la ocurrencia de este, el menoscabido patrimonial que le irroga

(perjuicio) y su cuantía, para que éste a su turno deba indemnizarle el daño padecido, hasta concurrencia del valor asegurado.

A propósito del perjuicio en este tipo de seguro y la prueba del mismo, la Corporación en sentencia de 21 de septiembre de 2000, explicó lo siguiente:

"En lo que toca con la carga probatoria sobre el monto de los perjuicios debe decirse que su imposición y satisfacción por el asegurado se explica, de un

lado, porque la aseguradora no hace las veces de fiador de deuda ajena, pues asume la propia estipulada en la póliza, de carácter condicional, por

supuesto distinta de la que contrae el deudor del contrato objeto de aseguramiento; y de otro lado, porque, contrario a lo que sostiene la censura, el

seguro de cumplimiento de que aquí se trata no es un seguro de valor admitido que permita deducir que el valor de la indemnización a cargo del

asegurador es igual al valor asegurado que aparece en la póliza."

"(...) la culpa contractual se distingue de la extracontractual, principalmente, en cuanto la primera presupone la existencia de una relación jurídica anterior entre el acreedor y el deudor, en tanto que en la segunda, la obligación se establece u origina en el hecho causa, imputado a una persona, para que responda del daño injusto ocasionado a otra, por actos o por omisiones, con dolo o por simple imprevisión o negligencia; en consecuencia, un mismo hecho no puede considerarse, al mismo tiempo y bajo el mismo aspecto, como culpa contractual y extracontractual"¹⁵. (Subraya y negrilla nuestras).

Igualmente, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado que:

"(...) la necesidad jurídica de reparar un daño en que una persona se coloca frente a otra puede tener varias causas. Unas veces es la mora o el simple incumplimiento de obligaciones previamente adquiridas, evento que supone que las personas involucradas estaban atadas por un vínculo obligacional, normalmente aunque no siempre un contrato, razón por la cual la nueva obligación se denomina genéricamente como responsabilidad contractual. Otras veces hay lugar al nacimiento de la obligación de indemnizar perjuicios cuando sin vínculo obligacional una persona le causa a otra un perjuicio. La audiencia del previo vínculo determina que a esta especie se la denomine responsabilidad extracontractual"¹⁶.

Asimismo, la jurisprudencia ha sido clara en que a los demandantes es a quienes corresponde probar la culpa en la conducta del actor del daño en materia de responsabilidad médica¹⁷, y en el presente caso los demandantes no aportaron los elementos probatorios necesarios y suficiente para endilgarle responsabilidad a la entidad demanda. En palabras de la Corte Suprema de Justicia:

"En lo que hace al error de derecho denunciado, vinculado a la inversión de la carga de la prueba, es decir, como en el caso presente, a quien le corresponde asumir la acreditación del daño, la culpa y el nexo causal. Al demandante quien se declara víctima y, por ende, acreedor; o, al demandado, tildado de victimario y, por tanto, deudor. Particularmente la culpa como fundamento de la responsabilidad, situación que constituye el meollo del asunto analizado. Sobre el particular, la doctrina y la jurisprudencia no han sido constantes, aunque, en las últimas décadas se ha afianzado la tendencia de establecer ese compromiso según las circunstancias particulares del caso....De lo expuesto surge que ante el requerimiento de definir la responsabilidad de un profesional de la medicina o del establecimiento hospitalario, la carga probatoria tendiente a acreditar los elementos de la misma queda subsumida, en línea de principio, en las reglas generales previstas en los artículos 1604 del C.C. y 177 del C. de P.C., en otros términos, debe ser asumida por parte del actor"¹⁸.

En el presente proceso no se reúnen los elementos de la responsabilidad civil necesarios para condenar al Hospital. En efecto, de acuerdo con el acervo probatorio que obra en el expediente, resulta evidente que la atención brindada por el Hospital fue oportuna, adecuada, diligente y perita y en cumplimiento de la lex artis de la materia.

1. Cumplimiento de la lex artis

El Hospital siguió el procedimiento adecuado y pertinente para el diagnóstico y tratamiento de la paciente, de conformidad con la Lex Artis Ad-Hoc.

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

¹⁵ Cas. Civ., sent. De 29 de marzo de 1962. "G.J.", t. XCVIII, núms. 2253-2254, pág. 739.

¹⁶ Cas. Civ., sent. de 21 de mayo de 1983. "G.J." núm. 2411, pág. 75.

¹⁷ La carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad –incluida por supuesto la culpa–, recae sobre el demandante; carga que no se ha visto satisfecha. En referencia a lo anterior la H. Corte Suprema ha reiterado que en materia de responsabilidad civil médica reina el régimen de culpa probada, según el cual es al actor a quien corresponde probar que el facultativo o la institución médica no cumplió con la lex artis ad hoc, así como los demás elementos de la responsabilidad galénica: "Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante (...)" (Subrayado y negrita fuera del texto). Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia Sustitutiva del 17 de Noviembre del 2011. M.P. William Namén Vargas. Exp.: 11001-3103-018-1999-00533-01.

¹⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. M.P. Margarita Cabello Blanco. Exp. 11001310301820010033901. Providencia en Igual Sentido: 22 de julio de 2010, Exp. 00042; 22 de julio de 2010, Exp. 00042; 5 de noviembre de 2013, Exp. 00025; 5 de noviembre de 2013, Exp. 00025; Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencias de 30 de enero de 2001, Exp. 5507



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 caso se denomina Lex Artis Ad hoc".¹⁹

La Lex Artis es un criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina – ciencia o arte médico, 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) Objeto: 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 medicina 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".

En consecuencia, 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.

Asimismo, la legislación colombiana establece que sólo 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 7º 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" (Subraya y negrita fuera del texto).

Descendiendo al caso que nos ocupa, cabe resaltar que el tratamiento que Tamara Ximena Atuesta recibió estuvo enmarcado dentro de la lex artis ad hoc, en la medida en que Profamilia puso a su disposición todos los recursos médicos, tecnológicos y de infraestructura requeridos para la atención de la paciente.

Agregando que, en cuanto a los procedimientos adelantados, se encuentra soportado en la historia clínica que a la atención dada a la señora Atuesta fue adecuada, tal y como lo indica el Auto No. 0216 del 1 de abril de

¹⁹ Santos Ballesteros Jorge, Instituciones de Responsabilidad Civil Tomo II. Editado por Javegraf, 2003. Pg. 295.

2016 emitido por la subdirección de inspección, vigilancia y control de servicios de salud al consignar lo manifestado por los médicos auditores en su concepto técnico científico lo siguiente:

"Las decisiones médicas no muestran fallas de Racionalidad y Pertinencia; el manejo médico establecido fue consecuente con la información Clínica y Paraclínica disponible, en los registros soportados".

El mismo Hospital en sus descargos en el proceso administrativo sancionatorio que adelantó la secretaria de salud señaló, refiriéndose al concepto técnico científico sobre el cual la administración basó la imputación de responsabilidad -como se consigna en la Resolución 1226 del 25 de noviembre de 2016 revocada posteriormente mediante Resolución 2214 del 23 de octubre de 2017-, lo siguiente:

"- Las decisiones médicas no muestran fallas de Racionalidad o Pertinencia; el manejo médico establecido fue consecuente con la información clínica y paraclínica disponible en los registros soportados.

- Con respecto a la queja donde la paciente manifiesta que presentó Dolor y que no fue atendida por el Personal de Enfermería y por los Médicos, según los registros una vez la paciente manifiesta Dolor y no se encuentra Fetocardia, se solicita atención Médica inmediata se procede manera Racional y Pertinente".

(...)

De igual manera, es pertinente enfatizar en la referencia bibliográfica expuesta en el "Análisis de la Información del Auto 0216 del 1 de abril de 2016, donde se menciona que las hemorragias de la segunda mitad del embarazo son complicaciones que afectan al 2-5% de maternas y que no se puede prevenir a pesar de la vigilancia realizada en el embarazo de alto riesgo además que se asocia a una alta tasa de mortalidad fetal; por lo tanto ninguna intervención adicional a las realizadas en la señora Tamara Ximena Atuesta Torres podía haber modificado el desenlace".

La adecuada diligencia que emanó del Hospital, también se refleja sin lugar a dudas en la historia clínica en la cual se consigna el constante y adecuado servicio médico dado a la señora Tamara, y la puesta de todos los equipos médicos y medios tecnológicos para atender de forma oportuna y eficaz a la señora, por lo cual no es dable alegar por parte de los demandantes falla médica alguna, entendida esta última como un acto médico contrario a la lex artis.

2. Inexistencia de culpa del Hospital y el personal a su cargo. Las actuaciones fueron prudentes, diligentes y perita.

La conducta realizada por el Hospital San José encuentra enmarcada dentro de los preceptos de lex artis ad hoc para el caso concreto.

Es claro que a los demandantes les corresponde probar la culpa en la conducta del autor del daño en materia de responsabilidad médica, y en el presente caso no aportaron los elementos probatorios necesarios para endilgar la responsabilidad a la entidad.

En efecto, no es suficiente afirmar el daño alegado por la parte actora para imputar la responsabilidad al Hospital, como lo pretenden los demandantes. La culpa en cabeza del médico no se presume, por lo que es indispensable probar la conducta negligente, imperita o imprudente del demandado, así como el nexo causal entre ésta y el daño producido.

Como se observa en la demanda, la parte actora alega que la falla en la prestación del servicio médico, manifiesta la pérdida en la oportunidad del adecuado servicio médico por cuanto, según su dicho, hubo una demora en la prestación del servicio de 54 minutos. Para sustentar su manifestación se refiere a la Resolución 1226 del 25 de noviembre de 2016 y al perito Mario Roberto Santamaría Sandoval.

En relación con el acto administrativo mencionado, el mismo fue revocado mediante Resolución 2214 del 23 de octubre de 2017 por violación a los principios del debido proceso, derecha de defensa y contradicción, por lo cual no es dable tenerlo como prueba en el presente proceso. En lo que concierne al perito, nótese que el

mismo carece de la especialidad requerida para dar una opinión idónea y válida toda vez que, primero, no tiene los conocimientos de un médico ginecobstetra, quien es el médico especialista y conocedor de la materia y, segundo, por cuanto no existen soportes jurídicos o fácticos que demuestran que la demora indicada generó el suceso que hoy es objeto de análisis ni tampoco que haya habido un quebrantamiento de los protocolos idóneos, es decir, no existe prueba que demuestre un rompimiento de la *lex artis ad hoc*.

Por el contrario, visto el expediente y las pruebas aportadas al plenario, resulta evidente que el hospital actuó en todo momento de manera diligente y perita para atender a la paciente. Desde el 7 de diciembre de 2013 - fecha en la que ingresó al hospital- hasta el día 14 de diciembre del mismo año, la señora fue objeto de valoraciones, monitoreos, controles de signos vitales y de bienestar fetal continuo por parte de los médicos especialistas del hospital, y la adecuada e idónea prestación del servicio.

Por lo anterior, resulta evidente que la prestación del servicio se llevó a cabo conforme a la *Lex Artis Ad-Hoc* y la paciente salió del hospital en buen estado, por lo cual no es dable endilgarle responsabilidad a la entidad demandada.

3. Inexistencia de nexo de causalidad.

No existe una relación entre la atención médica brindada a la señora Martha Cecilia Hernández y el daño alegado por la parte actora consistente en la "muerte-óbito fetal" de la hija de la señora Tamara Ximena Atuesta, tal y como se consigna en la demanda. En efecto, como se demostrará en el curso del proceso, los hechos hoy objeto de análisis ocurren como consecuencia de una patología aguda e inevitable que, no obstante las buenas labores y mejores prácticas médicas ad-hoc, devinieron en el óbito fetal alegada. En otras palabras, no existe certeza sobre el nexo de causalidad entre el óbito fetal y el actuar del personal del hospital.

Cabe recalcar que las pretensiones de la demanda se basan en meras conjeturas e hipótesis no probadas como lo es la pérdida de oportunidad por la supuesta "demora injustificada" de 54 minutos.

En primer lugar, nótese que con la documentación aportada por la parte actora no se logra demostrar, ni siquiera de manera sucinta, un quebrantamiento de los protocolos o procedimientos idóneos para este tipo de intervenciones quirúrgicas, esto es, no demuestran de manera alguna que efectivamente haya habido un quebrantamiento de la *Lex Artis Ad-Hoc*. Simplemente existen documentos que mencionan una demora de 54 minutos, sin embargo no logran demostrar el quebrantamiento de las prácticas médicas, el nexo de causalidad con el óbito fetal o siquiera que, si el tiempo hubiese sido menor al señalado, se hubiera podido prevenir lo sucedido. Por el contrario, conforme con el Auto No. 0216 del 1 de abril de 2016 emitido por la subdirección de inspección, vigilancia y control de servicios de salud, se expresa sin duda alguna que:

"El D.P.P.N. es la segunda causa en orden de frecuencia de las Hemorragias de la segunda mitad de la Gestación, siendo esta una complicación que afecta del 2-5% de las Embarazadas. Constituye así mismo una de las complicaciones más riesgosas del Embarazo y del parto, a pesar de todos los progresos aplicados a la vigilancia del Embarazo de Alto Riesgo. Es así que esta patología continúa apareciendo en nuestro país como una de las tres primeras causas de Mortalidad Materna, que en las formas clínicas graves de la Enfermedad alcanza un 20% a causa del Shock motivado por la Hemorragia y la Hipofibrinogenemia, asociada a la Muerte Fetal en un 100% de los casos y en un 30-35% se asocia a la muerte perinatal (...). Esta es una Patología que tiene tendencia a recurrir en Embarazos posteriores con un riesgo de 5,6 a 17% con un antecedente de Abruption Placentae anterior y de aproximadamente un 25 o/o con antecedente de dos episodios previos (...)"

Y en segundo lugar, la parte actora aporta al plenario el "expertis" realizado por parte del Médico Cirujano y especialista en Gerencia en Salud, Mario R Santamaria S., quien además de carecer de los estudios y conocimientos técnicos y especializados en materia de ginecología obstetra, el mismo simplemente realiza afirmaciones sin fundamentación técnico legal ni jurídica por lo cual que, además de no probar el nexo de causalidad con dicho documento, carece de viabilidad y aptitud para ser valorado en el proceso que se adelanta.

En esta línea argumentativa la doctrina, encabezada por Javier Tamayo Jaramillo ha afirmado en referencia a la prueba del nexo causal:

"El demandante, debe tener absoluta claridad sobre los hechos que debe demostrar, pues de lo contrario la demanda estaría condenada al fracaso(...)"

*(...) a la víctima le corresponde probar que el daño sufrido por ella es el comportamiento ilícito del agente*²⁰ (Subrayado y negrita fuera del texto)

Adicionalmente podemos encontrar que para el caso, la carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad –incluida por supuesto la culpa-, recae sobre el demandante; carga que no se ve satisfecha. En referencia a lo anterior la H. Corte Suprema ha reiterado que en materia de responsabilidad civil médica reina el régimen de culpa probada, según el cual es al actor a quien corresponde probar que el facultativo o la institución médica no cumplió con la lex artis ad hoc, así como los demás elementos de la responsabilidad galénica:

"Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante (...)" (Subrayado y negrita fuera del texto)²¹

En consonancia con lo anterior, la jurisprudencia ha determinado que el nexo causal es imprescindible en cuanto la conducta del demandado debe ser directa, necesaria y determinante para el daño. Es así pues como hay un amplio margen de duda acerca del dicho nexo rompe la precaria supuesta responsabilidad que se le atribuye a Profamilia²²

No sobra recordar que la ciencia médica no puede garantizar un resultado. Lo único que el galeno puede hacer es determinar el tipo de riesgo al que el paciente se somete, lo que está positivamente reconocido por el ordenamiento jurídico colombiano aplicable a responsabilidad y ética médica:

"Decreto 3380 de 1981 artículo 13: Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento medico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar tratamiento o procedimiento médico." (Subrayas y negritas están fuera del texto original)

De este modo, resulta claro que no se configuran los elementos de imputación de responsabilidad civil al Hospital en el *sub judice*. Por tanto, debe exonerarse a la entidad de cualquier responsabilidad.

4. Acaecimiento del riesgo previsto

Aún en el remoto evento en que se determinase que existe relación entre la intervención quirúrgica practicada por el Hospital y el óbito fetal, no debe pasarse por alto que a lo sumo, lo que habría ocurrido sería el acaecimiento del riesgo previsto para este procedimiento, lo que exonera de responsabilidad al facultativo.

Como se verá a lo largo del proceso, la demandante suscribió los respectivos consentimientos informados para la realización de intervenciones quirúrgicas, por lo cual la señora Tamara conocía de los riesgos inherentes a los procedimientos, y de manera libre, voluntaria y espontánea, resolvió aceptarlos.

Se recalca que, de acuerdo con la *"Ley 23 de 1981-ARTICULO 16: La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no ira más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados"* (Subraya y negrita fuera del texto)

²⁰ Javier Tamayo Jaramillo Tratado de Responsabilidad civil Tomo 1 Edición 4.ta Ed. Editorial Legis S.A Bogotá D.C. 2009. Pág. 252.

²¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia Sustutiva del 17 de Noviembre del 2011. M.P. William Namén Vargas. Exp.: 11001-3103-018-1999-00533-01.

²² "El nexo causal es la determinación de que un hecho es la causa de un daño. En esa medida, en aras de establecer la existencia del nexo causal es necesario determinar si la conducta imputada (...) fue la causa eficiente y determinante del daño que dicen haber sufrido quienes deciden acudir ante el juez con miras a que les sean restablecidos los derechos conculcados." Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección tercera, Subsección A, Consejera Ponente: Gladys Agudelo Ordoñez, 27 de Abril del 2011, Rad 85001-23-31-000-1999-00021-01(19155)

²³ Corte Suprema de Justicia: Sentencia de la Sala de Casación Penal del 31 de enero de 2008

Por tal motivo, no habría lugar a declarar la responsabilidad médica.

D. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN QUE DERIVA DEL CONTRATO DE SEGURO

Es preciso indicar que en el presente caso la acción que emana de la Póliza por lo cual se nos llama en garantía, ya precluyó.

La acción emanada del contrato de seguro se encuentra prescrita, en la medida en que ya transcurrió el término legal de la prescripción ordinaria, previsto en el art. 1081 del C. de Co. "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."²³ (Subrayado nuestro)

El art. 1081 del Código de Comercio, norma especial en materia de seguros, el cual establece lo siguiente:

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." (Subrayado y negrillas nuestro)

1. Configuración de la prescripción ordinaria de la acción que emana del contrato de seguro

Con fundamento en el artículo 1081 del Código de Comercio, 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.

Sin dar por probado o acreditado el hecho ni aceptar responsabilidad alguna por parte de mi representada, de acuerdo con el material allegado al plenario, es dable señalar que el llamante en garantía tuvo conocimiento de los hechos que hoy son objeto de análisis, al menos, desde el mes de abril de 2016, a saber:

De acuerdo con la historia clínica que obra a folio 33 y siguientes del cuaderno principal del plenario, el Hospital el 14 de diciembre de 2013 consignó el óbito fetal en los siguientes términos:

CASTILLO/FELIPE

EGRESO - EGRESO HOSPITALARIO

TIPO DE EGRESO - 1. ALTA MÉDICA

Condiciones Generales de Salida - O/ALERTA, DIENTADA

TA 110/80 FC 88 XMIN FR 18 XMIN AFEBRIL

CC MUCOSA ORAL HÚMEDA. LEVE PALIDEZ MUCOCUTÁNEA

CP NORMAL

ABDOMEN UTERO TÓNICO E INFRAUMBILICAL, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

GU LOQUIOS ESCASOS NO FETIDOS

EXT NO EDEMAS

NO DEFICIT APARENTE

Conducta - PACIENTE POP DE CESARE POR CESAREA ANTERIOR + OBITO FETAL ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA PARA CLINICOS NORMALES PDR LO CUAL SE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA FORMULA DE ANTICOAGULACION PROFILACTICA, ANTIHIPERTENSIVO Y CITA CONTROL POR ALTO RIESGO OBSTETRICO

De acuerdo con lo anterior, el hospital tuvo conocimiento del hecho que dio base a la presente acción desde el 14 de diciembre de 2013. Ello significa que el término de dos años de la prescripción inició su cuenta el 14 de diciembre de 2013 y finalizó el 14 de diciembre de 2015. Por consiguiente, teniendo en cuenta que el

²³ 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.

llamamiento en garantía se presentó solo hasta julio de 2019, el término de los dos años ya había transcurrido y por lo tanto la acción que deriva del contrato de seguro ya había precluido.

Ahora bien, si en gracia de discusión tuviéramos que la entidad no tenía conocimiento del hecho a partir de la fecha señalado -cosa que no es así-, también la acción estaría descrita tal y como se evidencia en los siguientes escenarios:

a) Como consecuencia de la queja presentada por la señora Tamara Ximena Atuesta Torres del 4 de junio de 2014, la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. mediante auto de imputación No. 0216 del 1 de abril de 2016, ordenó formular pliego de cargos en contra de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José.

Si bien no existe fecha cierta de notificación del auto reseñada, la hoy demandada en su contestación de la demanda tiene por cierto -con la salvedades hechas-, por lo cual se infiere que desde el mes de abril de 2016, el llamante tenía conocimiento de los hechos que dan inicio a la presente controversia, comoquiera que en el auto referido se señala de manera explícita los mismos.

Ello significa que el término de dos años de la prescripción inició su cuenta de abril de 2016 y finalizó en abril de 2018. Por consiguiente, teniendo en cuenta que el llamamiento en garantía se presentó solo hasta julio de 2019, el término de los dos años ya había transcurrido y por lo tanto la acción que deriva del contrato de seguro ya había precluido.

b) Mediante acto administrativo enmarcado en la Resolución No. 1226 del 25 de noviembre de 2016, notificado el mismo año, la Alcaldía Mayor de Bogotá resolvió sancionar al llamante en garantía. Contra dicho, el llamante interpuso recurso de reposición y en subsidio de apelación a través de escrito con radicado No. 2016ER85974 del 19 de diciembre de 2016.

Ello significa que, si tomáramos como fecha de conocimiento de los hechos la fecha en que se radicó el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el término de dos años de la prescripción inició su cuenta del 19 de diciembre 2016 y finalizó el 19 de diciembre de 2018. Por consiguiente, teniendo en cuenta que el llamamiento en garantía se presentó solo hasta julio de 2019, el término de los dos años ya había transcurrido y por lo tanto la acción que deriva del contrato de seguro ya había precluido.

Por lo anterior, como queda suficientemente ejemplificado, en el presente caso operó el fenómeno de la prescripción de la acción que deriva del contrato de seguro enmarcado en la Póliza No. 1032590, por lo cual no es dable solicitar la indemnización o reembolso a mi representada por los hechos ocurridos.

2. De la prescripción extraordinaria de la acción que deriva del contrato de seguro

Todo lo antepuesto presta mérito para que se desestimen las pretensiones del llamamiento en garantía.

Ahora bien, con fundamento en el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción extraordinaria será de cinco años y empezará a correr contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Teniendo en cuenta que la parte actora le endilga responsabilidad a la demandada por la pérdida de la oportunidad en la prestación del servicio médico ocurrido los días 11 de diciembre de 2013, se tomará dicha fecha como el momento en que nació el respectivo derecho, conforme al artículo 1081 del estatuto comercial.

En ese sentido, con fundamento en el artículo 1081 del C. de Co, la prescripción extraordinaria será de cinco años desde que supuesta víctima y el demandado tuvieron conocimiento, esto es, para el caso que nos ocupa, desde el 11 de diciembre de 2013, fecha la cual según la demanda se configuró la pérdida de oportunidad.

Ello significa que el término de cinco años de la prescripción inició su cuenta el 11 de diciembre de 2013 y finalizó el 11 de diciembre de 2018. Por consiguiente, teniendo en cuenta que el llamamiento en garantía se presentó solo hasta agosto 2018, y que el demandante no presentó demanda contra mi representada, el término de los cinco años de que habla la norma ya precluyó.

E. LOS DAÑOS ALEGADOS NO EXISTEN, NO ESTÁN PROBADOS, ESTÁN SOBRESTIMADOS.

El artículo 1757 del Código Civil, en relación con la carga probatoria, determina que le *"Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta"*, disposición que se reitera en el Código General del Proceso, artículo 167, según el cual *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"*.

En el presente caso, el accionante no ha dado cumplimiento a la carga de probar la cuantía y por consiguiente deberá rechazarse las pretensiones planteadas, ya que no obra prueba determinante que verifique la existencia de los mismos. Y dado el caso que el juez considerara qué si están demostrados, están sobrestimados, tal y como se verá a continuación:

1. De la falta de acreditación de vínculo marital o unión marital de hecho entre la señora Tamara Ximena Atuesta Torres y el señor Andrés Esquil López Ibarguen – Falta de legitimación en causa por activa para solicitar daños morales.

(a) *De la legitimación en la causa por activa*

La normatividad procesal requiere que el demandante tenga legitimación en la causa. Ello se entiende como la *"autorización jurídica que el ordenamiento confiere para intervenir en la actividad jurisdiccional"*.²⁴ Tal como lo expone el doctrinante Jaime Azula Camacho:

*"(...) la legitimación –entendida en la forma que la expone ROCCO, o sea, como la afirmación de titularidad de una relación jurídica-, que no es indiferente a la calidad de parte. (...) es esencial para que pueda proferirse sentencia favorable al demandante, por cuanto constituye uno de los presupuestos de ésta, pero no para asumir la calidad de parte en el proceso".*²⁵

Precisando el alcance de este concepto, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado que:

*"La legitimación en la causa, es asunto propio del derecho sustancial, que no procesal, constituyendo uno de los presupuestos de la acción que guarda relación directa con la pretensión del demandante, y específicamente con una sentencia favorable a la misma. Esta es en el demandante, la calidad de titular del derecho subjetivo que invoca; y en el demandado, la calidad de obligado a ejecutar la obligación correlativa. (G.J. CXXXVI, p. 14)"*²⁶

Por su parte, el Consejo de Estado ha desarrollado esta institución exponiendo que:

"La legitimación en la causa ha sido estudiada en la jurisprudencia y la doctrina desde dos puntos de vista: de hecho y material. La legitimación de hecho es la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado por intermedio de la pretensión procesal; es decir es una interrelación jurídica que nace de la imputación de una conducta en la demanda, y de la notificación de ésta al demandado; quien cita a otro y le atribuye está legitimado de hecho y por activa, y a quien cita y le atribuye está legitimado de hecho y por pasiva desde la notificación del auto admisorio de la demanda. En cambio la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas, por regla general, en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que haya demandado o no, o de que haya sido demandado o no. Por tanto todo legitimado de hecho no necesariamente estará legitimado materialmente, pues sólo lo están quienes participaron realmente en los hechos que le dieron origen a la formulación de la demanda. En la legitimación en la causa material sólo se estudia si existe o no relación real de la parte demandada o demandante con la pretensión que se le atribuye o la defensa que se hace, respectivamente. En últimas la legitimación

²⁴ ROJAS, Miguel Enrique. Teoría del Proceso. 2ª Edición. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2004. P. 112.

²⁵ AZULA CAMACHO, Jaime. Manual de Derecho Procesal. T. I, Teoría General del Proceso. Editorial Temis. Bogotá D.C. 2002. Pp. 229-240.

²⁶ Corte Suprema de Justicia. Sentencia publicada en G.J. CXXXVI, p. 14. Citada por Tribunal Superior. Distrito Judicial de Bogotá D.C. Sala Civil. 4 de diciembre de 2010. Rad. No.110013103028200300595 02

material en la causa o por activa o por pasiva es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado".²⁷

De tal manera que para tener legitimación en la causa por activa, es preciso acreditar la existencia del derecho subjetivo que atribuye al demandante la posibilidad de recibir los posibles efectos de una sentencia favorable.

Descendiendo al caso en que nos encontramos, se exige que el supuesto hecho dañoso que dio lugar al inicio del proceso haya causado al señor Andrés Esquil López Ibarguen perjuicios inmateriales que deban ser resarcidos con el cumplimiento efectivo de la sentencia.

"[...] ha expuesto la doctrina de la Corte que '...cuentan con legitimación personal o propia para reclamar indemnización las víctimas mediatas o indirectas del mismo acontecimiento, es decir quienes acrediten que sin ser agraviados en su individualidad física del mismo modo en que lo fue el damnificado directo fallecido, sufrieron sin embargo un daño cierto indemnizable que puede ser: De carácter material al verse privados de la ayuda económica que esa persona muerta les procuraba o por haber atendido el pago de expensas asistenciales o mortuorias, y de carácter puramente moral, reservados estos últimos para 'aquellas personas que, por sus estrechas vinculaciones de familia con la víctima directa del accidente, se hallan en situación que por lo regular permite presumir, con la certeza que requiere todo daño resarcible, la intensa aflicción que les causa la pérdida del cónyuge o de un pariente próximo' (G.J. Tomo CXIX, pág. 259)" (Cas. Civ. de 10 de marzo de 1994)" (cas. civ. sentencia de 18 de mayo de 2005, [SC-084-2005], exp. 14415)"²⁸.

(b) Del matrimonio:

Dispone el artículo 5 de del Decreto-Ley 1260 de 1970 que "Los hechos y los actos relativos al estado civil de las personas, deben ser inscritos en el competente registro civil, especialmente los nacimientos, reconocimientos de hijos naturales, legitimaciones, adopciones, alteraciones de la patria potestad, emancipaciones, habilitaciones de edad, matrimonio, capitulaciones matrimoniales, interdicciones judiciales, discernimientos de guarda, rehabilitaciones nulidades de matrimonio, divorcios, separaciones de cuerpos y de bienes, cambios de nombre, declaraciones de seudónimos, manifestaciones de vecindamiento, declaraciones de ausencia, defunciones y declaraciones de presunción de muerte, así como los hijos inscritos, con indicación del folio y el lugar del respectivo registro". (Subraya y negrilla nuestras).

Por su parte, el artículo 105 del mismo cuerpo normativo consagra que:

"Los hechos y actos relacionados con el estado civil de las personas ocurridos con posterioridad a la vigencia de la Ley 92 de 1933, se probarán con copia de la correspondiente partida o folio, o con certificados expedidos con base en los mismos.

En caso de pérdida o destrucción de ellos, los hechos, y actos se probarán con las actas o los folios reconstruidos o con el folio resultante de la nueva inscripción conforme a lo dispuesto en el artículo 100.

<Inciso 3o. modificado por el artículo 9o. del Decreto 2158 de 1970. El nuevo texto es el siguiente:> Y en caso de falta de dichas partidas o de los folios, el funcionario competente del estado civil, previa comprobación sumaria de aquella, procederá a las inscripciones que correspondan abriendo los folios, con fundamento, en su orden: en instrumentos públicos o en copias de partidas de origen religioso, o en decisión judicial basada, ya sea en declaraciones de testigos presenciales de los hechos o actos constitutivos de estado civil de que se trate, o ya sea en la notoria posesión de ese estado civil". (Subraya y negrilla nuestras).

Conforme a los precitado, resulta evidente que el matrimonio solo podrá probarse mediante el respectivo registro civil, esto es, la correspondiente partida de matrimonio emitida por el funcionario competente.

²⁷ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 11 de agosto de 2005. C.P. María Elena Giraldo Gómez. Radicación número: 63001-23-31-000-1996-04281-01(15648).

²⁸ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Sentencia de 17 de noviembre de 2011, M.P. William Namén Vargas.

Descendiendo al caso en el que nos encontramos, y teniendo en cuenta que no obra en el expediente soporte alguno que, conforme a la normatividad, acredite la relación existente entre la señora Atuesta y el señor Andrés Esquil López, como lo es, la respectiva partida de matrimonio, es evidente la falta de legitimación en la causa por activa de este último para solicitar perjuicios morales.

(c) De la unión marital de hecho

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*, establece taxativamente los medios a través de los cuales es posible declarar la Unión Marital de Hecho, en concreto determina:

"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 a 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.

Descendiendo al caso en el que nos encontramos, y teniendo en cuenta que no obra en el expediente soporte alguno que, conforme a la normatividad, acredite la relación existente entre la señora Tamara Ximena y el señor Andrés Esquil López Ibarguen, es evidente la falta de legitimación en la causa por activa de este último.

Lo dicho en los párrafos anteriores fue señalado por la Corte Constitucional en la Sentencia C-985 de 2005:

"[...] La norma entonces, cumple el fin previsto por la Constitución en tanto, establece un procedimiento razonable y claro del que se evidencia que el legislador quiso otorgar a un juez que conoce de una materia específica [familia], el conocimiento de un asunto relacionado con dicha materia".

"[...] Se agrega que esta forma de la institución familiar debe ser objeto de protección del Estado y la sociedad, pues ella ciertamente, da origen a la institución familiar, y una de las maneras de protección se instala en la regulación del procedimiento establecido para demostrar su existencia con base en procesos idóneos, enmarcados dentro de la eficacia y eficiencia de la administración de justicia. Se tiene entonces, que la norma pretende regular por una parte el ámbito personal, de cohabitación, ayuda y socorro mutuo de la pareja y por otra parte, los derechos patrimoniales que de dicha unión se deriven, y que responde a una concepción de equidad en la distribución de los beneficios y cargas que de ella se derivan. Por lo dicho, no basta que la norma establezca un procedimiento, se requiere además que éste se encuentre en cabeza de una autoridad de la que se espera eficiencia, eficacia, celeridad al momento de producirse tanto el procedimiento en sí, como el fallo".²⁹ Resaltado fuera de texto.

En virtud de lo anterior, teniendo en cuenta que en el presente proceso no existe prueba alguna e idónea que acredite el vínculo entre la señora Tamara Ximena y el señor Andrés Esquil López Ibarguen, y que por lo tanto no existe un derecho subjetivo que permita a la demandante mencionada ejercer las pretensiones incluidas en el escrito de demanda, se solicita al H. Juez que no reconozca perjuicios de índole moral al hoy demandante.

2. De los perjuicios morales

²⁹ Corte Constitucional. Sentencia de 26 de septiembre de 2005 (C- 985-05), demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 4º parcial de la Ley 54 de 1990, M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

Pretende el demandante se le indemnice la suma de 240 SMMLV a favor de la señora Tamara Ximena Atuesta Torres, Esquil López Ibarguen y Kevin Yair López.

Es preciso indicar que el reconocimiento del daño moral requiere la existencia de una "lesión en la esfera sentimental y afectiva del sujeto"³⁰, situación que no ha ocurrido aún.

Por otro lado, es necesario manifestar que las pretensiones por concepto de daño moral que alegaron los demandantes exceden los límites que en la práctica ha implementado la Corte Suprema de Justicia para los casos de fallecimiento. Al respecto la Corte ha manifestado:

"Y, en cuanto al monto de dicha reparación, recientemente, la Corte, en sentencia CSJ SC13925-2016, rad. 2005-00174-01, lo fijó en \$60.000.000. Al efecto, expuso:

Siguiendo las pautas reseñadas, se tasarán los perjuicios morales sufridos por los demandantes en la suma de \$60'000.000 para cada uno de los padres; \$60'000.000 para el esposo; y \$60'000.000 para cada uno de los hijos.

El anterior monto se estima razonable, puesto que esta Sala, en circunstancias fácticas similares, ha condenado en el pasado al pago de \$53.000.000 (SC del 17 de noviembre de 2011, Exp. 1999-533), y \$55.000.000 (SC del 9 de julio de 2012, Exp. 2002-101-01).

De manera que es apenas justificable que en cuatro años, el monto de los referidos perjuicios sufra un incremento o ajuste moderado. Al respecto nuestra jurisprudencia tiene establecido:

'Adviértase que no se trata de aplicar corrección o actualización monetaria a las cifras señaladas por la Corte de antaño, por cuanto el daño moral no admite indexación monetaria, sino de ajustar el monto de la reparación de esta lesión, como parámetro de referencia o guía a los funcionarios judiciales, a las exigencias de la época contemporánea...' (SC del 17 de noviembre de 2011, Exp. 1999-533).

De acuerdo con los mencionados lineamientos, en este caso, es incuestionable el menoscabo moral experimentado por los demandantes, como lo refirieron los declarantes, pues en el caso de la cónyuge sobreviviente, el intempestivo deceso de su esposo, le produjo trastorno en su estado de ánimo, aflicción, desolación, angustia al quedar desprovista, no solo del afecto de su esposo, sino de su respaldo en todos los órdenes, pues además surgió para ella la responsabilidad de asumir íntegramente la obligación alimentaria, la formación, cuidado y sostenimiento de sus hijos y, en general, del hogar, situación generadora de angustia, pues hasta entonces, ese cometido venía siendo compartido con él.

Sus hijos, igualmente, al verse privados, entre otros privilegios, del afecto, compañía, protección, formación, orientación, cuidados, representación académica, familiar y social en general, de su padre, sufrieron el detrimento moral, lo cual clama su resarcimiento, para de esa forma satisfacer en algo esa contusión moral.

Así las cosas, con observancia de las pautas jurisprudenciales de esta Corporación, se calculará esa variedad de perjuicio sufrido por los demandantes, en la suma de \$60.000.000, para cada uno"³¹.

Nótese que en el caso anterior, la Honorable Corte Suprema de Justicia en un caso en el cual falleció una persona, el tope máximo que reconoció por perjuicios morales fue 60 salarios mínimos para cada afectado.

³⁰ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Sentencia de 5 de agosto de 2014, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

³¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 29 de noviembre de 2016. M.P. Luis Alonso Rico Puerta. Radicado No: 11001-31-03-018-2005-00488-01

En este orden de ideas, para el caso que nos ocupa, es evidente que la tasación del accionante excede notoriamente la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, pues, no existe prueba alguna que permita inferir la existencia de una lesión en la esfera sentimental y afectiva de los demandantes.

Adicionalmente, teniendo en cuenta lo consagrado por el artículo 1056 del Código de Comercio, según el cual, *"Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado"*.

Por tal razón, en el improbable caso de que se condene a las demandadas, deberá exonerarse del pago de dichos perjuicios, o en su defecto, los mismos deberán reducirse de forma notoria.

F. FALTA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA NO. 1032590

El riesgo asegurado está delimitado por las condiciones estipuladas en el respectivo contrato de seguro, delimitación hecha con fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio³², como lo tiene definido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia³³, la cual ha precisado también que en virtud de dicho precepto (art. 1056 C de Co) *"...el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato ..."*³⁴ (se subraya). Es que *"... Ni técnica ni jurídicamente el asegurador puede obligarse a responder, in genere, de todas las pérdidas que eventualmente sufra el asegurado sea cual fuere su origen"*³⁵. *"(...) significa que el asegurador asume el riesgo en cuanto vinculado a una o varias causas debidamente individualizadas (...)"*³⁶. Reciente laudo arbitral se pronuncia en el mismo sentido³⁷.

Por lo demás, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva, como lo tiene establecido la Corte Suprema de Justicia³⁸, es decir, significa que la extensión del riesgo y los beneficios acordados deben interpretarse literalmente pues cualquier concesión o interpretación que amplíe los beneficios acordados puede producir un grave desequilibrio en el conjunto de las operaciones de la aseguradora.

³² Artículo 1056 C de Co: *"con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado"* (se subraya)

³³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 4 de abril de 1997. G.J. CXVII.: *"... en vista de que el riesgo asegurable ha de ser concreto y no abstracto, en forma unánime la doctrina universal tiene por establecido que uno de los principios que lo rigen es el de su individualización, el cual permite establecer no sólo la extensión de la cobertura, sino también las causas que determinan, limitan y excluyen la responsabilidad del asegurador."*

³⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 26 de enero de 1998. Exp. 4894. En sentencia del 19 de noviembre de 2001, la Corte Suprema reiteró que *"... del cabal discernimiento del artículo 1056 del Código de Comercio puede inferirse que la cobertura de riesgos estipulados, principio en virtud del cual la aseguradora tan sólo asume aquellos que específicamente se indiquen en la póliza pertinente, es la regla general en materia de seguros"* (se subraya) Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de noviembre de 2001. Exp. 5978. Cfr. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 7 de octubre de 1985. G.J. CLVIII, p.176. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 23 de mayo de 1988. Sin publicar.

³⁵ Dice el profesor Ossa Gómez *"... Ni técnica ni jurídicamente el asegurador puede obligarse a responder, in genere, de todas las pérdidas que eventualmente sufra el asegurado sea cual fuere su origen, sea cual fuere el objeto sobre que recaigan, el lugar donde se produzcan o el momento en que sobrevengan. Ni tampoco, para mencionar el riesgo de muerte, de la prestación asegurada a favor de los beneficiarios, no importa quién sea el asegurado (objeto de interés), ni cuál la causa inmediata del siniestro, ni cuál el día de su ocurrencia. Así concebido, el seguro carece de viabilidad técnica, legal, comercial y financiera. Por eso se hace necesaria la individualización del riesgo, si se aspira a encararlo como contenido de una relación contractual determinada (...)"*. OSSA GÓMEZ, J. Efrén. Teoría General del Seguro. El contrato. Temis. Bogotá. 1994, p.99.

³⁶ OSSA GÓMEZ, J. Efrén. Teoría General del Seguro. El contrato. Op.Cit., p.99; el profesor Donati se refiere también al tema de la delimitación causal del riesgo, respecto de la cual sostiene que *"... todo evento es efecto de un evento antecedente y causa de eventos sucesivos. La posibilidad de algunos eventos puede ser tomada como riesgo o bien como causa de riesgo (por ejemplo, la guerra). Muchas veces el riesgo se cubre sin delimitación de causa (por ejemplo, la muerte); otras veces, en cambio, queda delimitado por la causa. Es necesario examinar cuáles son las causas comprendidas y cuáles las excluidas y cuando puede decirse que el evento es efecto de una causa comprendida o excluida..."* DONATI, Antigono. Los seguros privados. Manual de derecho. Traducción y notas por Arturo Vidal Solá. Op.Cit., p.210. Posteriormente agrega que *"... el problema de la relación de causalidad (nexo etiológico) se presenta tanto entre causa y evento, como entre evento y daño. Se trata de un problema complejo, porque además de hipótesis simples pueden ocurrir hipótesis bastante complicadas ..."* afirmando que, con todo, lo que debe estudiarse primigeniamente es que efectivamente la causa detonante del riesgo se corresponda, en efecto, con la causa delimitada en la póliza; afirma, sobre este particular, que *"... causa es el antecedente que, además de haber resultado necesario en el caso concreto, en abstracto parece idóneo para producir por sí solo el evento, fundándose en la experiencia del pasado ..."*. Ibidem, p.215.

³⁷ Laudo arbitral Quila vs Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., diciembre 15 de 2009: *"Para afirmar, en cambio, que se ha producido el 'riesgo asegurado', es necesario pero no suficiente que tenga lugar el evento abstractamente previsto; será necesario además que las circunstancias en las cuales este último se ha concretado (circunstancias del evento) coincidan exactamente con aquellas abstractamente previstas en la ley y en la póliza como riesgos asumidos (límites positivos del riesgo asegurado) o bien no coincidan con aquellas calificadas como riesgos excluidos (límites negativos del riesgo asegurado)." (FÉLIX MORANDI, Juan Carlos. Estudios de derecho de seguros. Ediciones Panneditlle. Buenos Aires. 1971. p.218.) (se resalta).*

³⁸ Corte Suprema de Justicia, Cas. Civil, entre otras: sentencia de 24 de mayo de 2005, Exp. 7495; sentencia de agosto 1º de 2002, Exp. No. 6907; sentencia de Casación Civil 002 de 29 de enero de 1998.

Así las cosas, de conformidad con las condiciones de la póliza, las partes pactaron las siguientes exclusiones:

1. Exclusión de los actos médicos cuyo tratamiento o finalidad devenga en la procreación

Dispone las condiciones particulares y generales de la Póliza No. 1032590 certificado 15, en su acápite referente a las exclusiones del contrato de seguro con fundamento, que la póliza referida excluye:

"11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente", de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación."

Como resulta evidente en el proceso, a la señora Tamara Ximena Atuesta se le realizaron intervenciones médicas con la finalidad de posibilitar la procreación del feto, pues no en vano, el servicio de gineco-obstetricia ante la inexistencia de signos vitales del feto, resolvió realizar una cesárea por sospecha de abrupto placentae y óbito fetal.

Las expresiones "Procreación" y "Cesárea" han de entenderse, como lo enseña el Código Civil, según su sentido natural y obvio, teniendo en cuenta el uso general de las mismas palabras puesto que el legislador no la definió de forma expresa, es decir, no tiene un significado dado por la ley³⁹.

"Procreación", proviene del verbo "procrear". Conforme al Diccionario de la Lengua Española, "Procrear" se define como: "Dicho de una persona o de un animal: Engendrar un individuo de la misma especie".

Por su parte, la expresión "Cesárea" también ha de entenderse según su sentido natural y obvio, ya que no tiene un significado dado por la ley⁴⁰. "Total", de acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española, significa: "Operación quirúrgica que se hace abriendo la matriz para extraer la criatura".

Nótese a partir de lo anterior que, la corresponde a un procedimiento quirúrgico cuya finalidad es la de extraer un individuo engendrado por su misma especie.

Así las cosas, teniendo en cuenta que en los hechos objeto de análisis, se empleo una intervención quirúrgica cuya finalidad era la procreación, solicito que en el improbable e hipotético caso de que el H. Juez determine la responsabilidad de la parte pasiva, aplique la exclusión expuesta precedentemente y exonere de toda responsabilidad a mi representada, conforme a la delimitación del riesgo asumido que consagra el artículo 1056 del C. de Co.

2. Exclusión respecto de actos o actividades que quebranten cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.

Dispone las condiciones particulares y generales de la Póliza No. 1032590 certificado 15, en su acápite referente a las exclusiones del contrato de seguro con fundamento, que la póliza referida excluye:

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

En el improbable e hipotético de que el juez determine que hubo responsabilidad civil por incumplimiento de cualquier norma legal o norma de operación en la materia, solicito al H. Juez que de aplicación a la exclusión expuesta precedentemente y exonere de toda responsabilidad a mi representada, conforme a la delimitación del riesgo asumido que consagra el artículo 1056 del C. de Co.

3. Exclusión de responsabilidad civil profesional con ocasión de actividades netamente administrativas.

³⁹ Código Civil, artículo 28.

⁴⁰ Código Civil, artículo 28.

Dispone las condiciones particulares y generales de la Póliza No. 1032590 certificado 15, en su acápite referente a las exclusiones del contrato de seguro con fundamento, que la póliza referida excluye:

"22. R.C. Profesional del área actividades netamente administrativas".

En el improbable e hipotético de que el juez determine que hubo responsabilidad civil por actividades derivadas de las áreas administrativas, solicito al H. Juez que de aplicación a la exclusión expuesta precedentemente y exonere de toda responsabilidad a mi representada, conforme a la delimitación del riesgo asumido que consagra el artículo 1056 del C. de Co.

4. Exclusión de responsabilidad civil por errores o inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.

Dispone las condiciones particulares y generales de la Póliza No. 1032590 certificado 15, en su acápite referente a las exclusiones del contrato de seguro con fundamento, que la póliza referida excluye:

"17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud."

En el improbable e hipotético de que el juez determine que hubo responsabilidad civil y las misma se deba a errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud, solicito al H. Juez que de aplicación a la exclusión expuesta precedentemente y exonere de toda responsabilidad a mi representada, conforme a la delimitación del riesgo asumido que consagra el artículo 1056 del C. de Co.

G. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO

La fuerza mayor o el caso fortuito, entendido como el evento externo que impide el cumplimiento del deudor o la producción de un daño, constituye una causal de exoneración de responsabilidad. Tal causal se configura cuando el hecho ocurrido fue: i) irresistible; ii) imprevisto; y iii) jurídicamente ajeno al causante del daño.

Dicho lo anterior, en el presente caso, tal y como quedará probado en este proceso, la muerte alegada no se debió en forma alguna a la atención brindada, sino a un hecho irresistible, imprevisible y ajeno al Hospital, que configura la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor como causal de exclusión de responsabilidad.

H. LIMITACIÓN CONTRACTUAL AL MONTO INDEMNIZABLE Y ALCANCE MÁXIMO DE UNA HIPOTÉTICA CONDENA

Como ha quedado expuesto en párrafos anteriores, la responsabilidad de mi poderdante se encuentra delimitada por las disposiciones contenidas en el Contrato de Seguro celebrado, vínculo jurídico que según el artículo 1602 del Código Civil es ley para las partes.

En el hipotético e improbable caso de que se presente una condena contra La Previsora, a la hora de valorar el monto es necesario atender a las condiciones de la póliza, con objeto de determinar la limitación contractual al monto indemnizable.

De conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 1089 *ibidem*, la responsabilidad del asegurador va hasta el límite de la suma asegurada, sobre la base de que se demuestre el siniestro y la cuantía de la pérdida, y no puede exceder del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o beneficiario. Adicionalmente, existe otro límite legal a la indemnización, previsto en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual la indemnización no podrá exceder del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario. Ni el seguro puede ser fuente de enriquecimiento para el asegurado, por disposición del artículo 1088 *ibidem*.

Por lo anterior, solicito a la H. Juez que, en el hipotético e improbable caso en el que La Previsora sea condenada, dé aplicación a las normas antes mencionadas y, en consecuencia, la obligación de reembolso o de resarcimiento deberá circunscribirse al valor de cada uno de los amparos asegurados de manera

independiente y excluyente el uno del otro, conforme al contrato de seguro, sus anexos, condiciones particulares y generales.

I. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN Y COMPENSACIÓN

En la hipótesis no comprobada de que se considere que las demandadas son responsables, sería menester acudir a la división de la deuda, con apoyo en lo dispuesto en el artículo 2357 del Código Civil⁴¹, para brindar una solución de equidad⁴².

J. 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 mi representada, el monto a indemnizar por parte de La Previsora está restringido por el límite del valor asegurado pactado en la póliza de seguro, con un deducible del 10%, mínimo \$15.000.000

K. EXCEPCIÓN GENÉRICA

De acuerdo con lo estipulado en los artículos 281 y 282 del Código General del Proceso, 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 reforma de la demanda contra las aseguradoras prosperen total o parcialmente.

V. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por cuanto carecen de sustento fáctico y jurídico.

La Previsora no es parte de la relación jurídica sostenida entre el Hospital y la parte actora ni tiene conocimiento acerca de la manera como se desarrolló y ejecutó la prestación del servicio médico. En esa medida no le constan los hechos sobre los cuales el demandante basa sus pretensiones.

La Previsora se estará a lo que se demuestre en el proceso y se atenderá a las resultas del litigio, desde luego dentro del marco del contrato de seguro.

No obstante, con base en los análisis hasta ahora efectuados, aparece claramente que no deben prosperar las pretensiones en contra del Hospital, cuya posición coadyuvamos, desde luego con la limitación de que ha de entenderse sólo en cuanto no se oponga a lo expresado en esta contestación.

Solicitó adicionalmente se condene en costas y agencias en derecho a la parte actora.

VI. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

DEL HECHO 1 AL HECHO 24: Me permito manifestar que no me constan por tratarse de un hecho ajeno a mi representada y, por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el proceso y al tenor literal e integral de las pruebas que radiquen en el proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, cabe indicar que gran parte de los hechos presentados por el apoderado de la parte demandante corresponden a juicios de valor sobre circunstancias y no a hechos como tal, los cuales además carecen de sustento fáctico y jurídico, y se encuentran sometidos a juicio.

VII. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

⁴¹ Código Civil, art. 2357: *"La apreciación del daño está sujeta a reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente."*

⁴² Fernando Hinestrosa, Tratado de las Obligaciones, I, 1ª Edición, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2002, pág. 780.

Me adhiero en su integridad a las excepciones propuestas por el Hospital y, adicionalmente, interpongo las siguientes:

Habida consideración de que, como se explicó en el acápite correspondiente a las Excepciones de Mérito Frente al Llamamiento en Garantía, el asegurador puede proponer las mismas excepciones que hubiera podido oponer al asegurado, me remito, para no repetir, a lo que allá se expuso al respecto.

Estas excepciones atienden, entre otras, a: (i) Ausencia de demostración de la ocurrencia del siniestro y de la cuantía de la pérdida. Inexigibilidad de la supuesta obligación a cargo de la aseguradora; (ii) Ausencia de elementos que constituyen la responsabilidad civil – Inexistencia de siniestro a la luz del contrato de seguro; (iii) Cumplimiento de la Lex Artis; (iv) Inexistencia de culpa del Hospital y el personal a su cargo. Las actuaciones fueron prudentes, diligentes y perita; (v) Inexistencia de nexo de causalidad; (vi) Acaecimiento del riesgo previsto; (vii) Prescripción de la acción que deriva del contrato de seguro; (viii) Los daños alegados no existen, no están probados y están sobreestimados; (ix) Falta de cobertura de la Póliza No. 1032590; (x) Exoneración de responsabilidad por fuerza mayor o caso fortuito.

Estas excepciones proceden en todos los casos como alegables por el asegurador.

VIII. PRUEBAS

A. DOCUMENTALES

Con fundamento en el artículo 165 del Código General del Proceso y los artículos 243 y siguientes ibidem, solicito se tengan como tales las que obran ya en el expediente y las que se aportan ahora con este escrito.

1. Poder otorgado por el Representante Legal de La Previsora, que ya obra en el expediente.
2. Certificado de existencia y representación legal de La Previsora expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, que ya obra en el expediente.
3. Copia del contrato de seguro de responsabilidad civil enmarcado en la Póliza No. 1032590 Certificado 15 con sus respectivas condiciones particulares y generales.

L. INTERROGATORIO DE PARTE

1. Solicito se cite y haga comparecer a la señora Tamara Ximena Atuesta Torres, quien funge en calidad de demandante y quien puede ser ubicada en la dirección indicada en la demanda o a través de su apoderado judicial, con el objeto de practicar interrogatorio de parte en relación con la ocurrencia de hechos y excepciones que se debaten en el presente proceso. La finalidad es la de probar los hechos en que se fundan las excepciones de mérito planteadas en esta contestación. El deponente deberá 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, en los términos de los artículos 198 y s.s. del Código General del Proceso.
2. Solicito se cite y haga comparecer a la señora Martha Cecilia Hernández de Valencia, identificada con cédula de ciudadanía no. 27.371.022, quien puede ser ubicada en la dirección indicada en la demanda o a través de su apoderado judicial, con el objeto de practicar interrogatorio de parte en relación con la ocurrencia de hechos y excepciones que se debaten en el presente proceso. La finalidad es la de probar los hechos en que se fundan las excepciones de mérito planteadas en esta contestación. El deponente deberá 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, en los términos de los artículos 198 y s.s. del Código General del Proceso.

M. TESTIMONIOS

En los términos de los artículos 212 y siguientes del Código General del Proceso, solicito se sirva citar a audiencia a las personas que relaciono a continuación, con el objeto de que rindan testimonio sobre los hechos que se especifican también a continuación, con base en el interrogatorio que oralmente les formularé en la misma audiencia:

1. **DIANA GARCIA QUINTERO**, mujer, mayor de edad, quien fuera la médica Jefe de Calidad y Auditoria Médica para que rinda testimonio sobre todo lo relacionado con el procedimiento médico practicado a la señora Tamara Ximena Atuesta, particularmente los protocolos empleados, consentimiento informado, exámenes, signos previos a la cirugía, el desarrollo de la misma y post operación. El testimonio se extenderá a los hechos de la contestación de la demanda, la demanda de llamamiento en garantía y de la presente contestación. La testigo puede ser ubicada en la Calle 10 No. 18-75 de la ciudad de Bogotá o a través del apoderado judicial del Hospital.
2. **NATALIA SÁNCHEZ BOCANEGRA**, mujer, mayor de edad, quien fuera Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia y quien prestó atención médica a la señora Atuesta para que rinda testimonio sobre todo lo relacionado con el procedimiento médico practicado a la señora Tamara Ximena Atuesta, particularmente los protocolos empleados, consentimiento informado, exámenes, signos previos a la cirugía, el desarrollo de la misma y post operación. El testimonio se extenderá a los hechos de la contestación de la demanda, la demanda de llamamiento en garantía y de la presente contestación. La testigo puede ser ubicada en la Calle 10 No. 18-75 de la ciudad de Bogotá o a través del apoderado judicial del Hospital.
3. **MARTHA LUCIA PINTO QUIÑONEZ**, mujer, mayor de edad, quien fuera Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia y quien prestó atención médica a la señora Atuesta para que rinda testimonio sobre todo lo relacionado con el procedimiento médico practicado a la señora Tamara Ximena Atuesta, particularmente los protocolos empleados, consentimiento informado, exámenes, signos previos a la cirugía, el desarrollo de la misma y post operación. El testimonio se extenderá a los hechos de la contestación de la demanda, la demanda de llamamiento en garantía y de la presente contestación. La testigo puede ser ubicada en la Calle 10 No. 18-75 de la ciudad de Bogotá o a través del apoderado judicial del Hospital.

N. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS DEL HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Con fundamento en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso solicito se ordene la exhibición de documentos por parte Profamilia, la cual se practicará sobre los siguientes documentos:

La totalidad de la historia clínica de la señora Tamara Ximena Atuesta Torres relativa a los hechos que son objeto del presente pleito y, particularmente, todo lo relacionado con el consentimiento informado, exámenes, y demás información y documentación requerida para el desarrollo y ejecución de la intervención quirúrgica que devino en el óbito fetal.

La finalidad de esta exhibición es la de probar los hechos sujetos a debate en el presente proceso, particularmente, demostrar el cumplimiento de la lex artis por parte del Hospital, las excepciones propuestas en la contestación de la demanda realizada por el Hospital San José y las excepciones de mérito propuestas en el presente escrito.

En virtud de los artículos procesales mencionados, afirmo que los anteriores documentos se encuentran en poder de quien será sujeto de inspección y hará la exhibición. Nos reservamos el derecho de ampliar el objeto de esta exhibición de documentos, en la oportunidad legal correspondiente.

O. CONTRADICCIÓN DEL DICTÁMEN APORTADO POR LA PARTE ACTORA

Con fundamento en el artículo 228 del C. G. del P. y para los fines previstos en dicha norma, respetuosamente solicito se cite al perito que rindió el dictamen pericial aportado por la parte actora en su demanda para que en audiencia que se lleve a cabo en el momento procesal correspondiente sean interrogados sobre su idoneidad e imparcialidad y sobre todo el contenido del dictamen, y se realice la ampliación, adición y aclaración del mismo.

IX. ANEXOS

Copia del contrato de seguro de responsabilidad civil enmarcado en la Póliza No. 1032590 Certificado 15 con sus respectivas condiciones particulares y generales.

X. NOTIFICACIONES

EL LLAMANTE EN GARANTÍA: En la dirección registrada en la demanda.

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.

EL SUSCRITO APODERADO: Dirección de notificación Calle 110 # 09 – 25 oficina 813 en la ciudad de Bogotá D.C. Dirección de Correo: jfelipetorresv@tfdc.co. Móvil: 3176554145

Atentamente,

JUAN FELIPE TORRES VARELA
C. C. No. 1.020.727.443 de Bogotá D.C.
T. P. No. 227.698 del C. S. de la J.

70

JUZGADO VEINTISIETE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D. C, doce de febrero de dos mil veinte

Verbal Rad. Nro. 2019-55

C-3

Tengase en cuenta que el **llamado LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se notificó en legal forma y contestó excepcionando en tiempo.

NOTIFIQUESE(5),

La Juez,


MARIA EUGENIA FAJARDO CASALLAS

JUZGADO 27 CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA
Bogotá de Bogotá D. C. hoy
13 FEB 2020
+ auto anterior por contestación
a ESTADO de la fecha 13/02/2020
" Secretaria 73
