

CONTESTACIÓN DEMANDA NACIONAL DE SEGUROS S.A. | DEMANDANTE CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD | RAD. 202100609

Yudy Francisca Amaya Barrera <yamaya@hotmail.com>

Mar 1/03/2022 4:59 PM

Para: Juzgado 12 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto12bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; abogado3@diazgranados.co <abogado3@diazgranados.co>; diana.hernandezdiaz@gmail.com <diana.hernandezdiaz@gmail.com>; notificacioneslegales.co@chubb.com <notificacioneslegales.co@chubb.com>

CC: YUDY FRANCISCA AMAYA BARRERA <yudyamba@gmail.com>

Señores:

JUZGADO DOCE (12) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Dr. Wilson Palomo Enciso

JUEZ.

E.S.D.

Demandante:	CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD.
Demandados:	NACIONAL DE SEGUROS S.A. Y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Proceso:	VERBAL.
Radicado:	11001310301220210060900
Asunto:	CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.

YUDY FRANCISCA AMAYA BARRERA, abogada en ejercicio identificada con cédula de ciudadanía No. 52.194.203 de Bogotá y TP. 104.589 del Consejo Superior de la Judicatura, apoderada especial de NACIONAL DE SEGUROS S.A., adjunto al presente correo los siguiente documentos:

- Escrito contentivo de la contestación.
- Documentos enlistados como pruebas.
- Documento contentivo del poder.
- Certificados de existencia y representación de Nacional de Seguros S.A.

Cordialmente,



YUDY FRANCISCA AMAYA BARRERA

ABOGADA

yamaya@hotmail.com

(+57) 316 471 82 37

(1) 773 21 92

Señores
JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

Ref.: PODER ESPECIAL

Asunto: PODER – Proceso Verbal – **Rad: 2021-00609**

Demandante: CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD MEDERI

Demandado: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. Y NACIONAL DE SEGUROS S.A

CAMILO ANDRÉS CHAPARRO GONZALEZ, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi calidad de representante legal de **NACIONAL DE SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES**, Compañía Aseguradora debidamente constituida, identificada con NIT. 860.002.527-9, conforme consta en el Certificado de Existencia y Representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta al presente escrito, manifiesto a usted que confiero poder especial, amplio y suficiente a la Doctora **YUDY FRANCISCA AMAYA BARRERA**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 52.194.203 de Bogotá, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 104.589 del Consejo Superior de la Judicatura, quien actuará como apoderada de **NACIONAL DE SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES**, para que en su nombre y representación, se notifique, presente recursos, represente y defienda los intereses de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

La Doctora **YUDY AMAYA**, queda ampliamente facultada para sustituir, conciliar, transigir, desistir, interponer toda clase de recursos, nulidades, solicitar, practicar, presentar e intervenir en toda clase de pruebas, para recibir, renunciar y en general para realizar todas las acciones tendientes a darle cabal cumplimiento al presente mandato.

La dirección de correo electrónico de nuestra apoderada es yamaya@hotmail.com

Sírvase reconocer personería la Doctora **YUDY AMAYA** como apoderada de **NACIONAL DE SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES** en los términos del presente y para los fines del mandato conferido.

Atentamente,



CAMILO ANDRES CHAPARRO GONZALEZ
C.C. No. 7.185.918 de Tunja
Representante Legal de **NACIONAL DE SEGUROS S.A.**

Acepto,



YUDY FRANCISCA AMAYA BARRERA
C.C. No. 52.194.203 de Bogotá
T.P. No. 104.589 C.S. de la J.



Señores:

JUZGADO DOCE (12) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Dr. Wilson Palomo Enciso

JUEZ.

E.S.D.

Demandante: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD.
Demandados: NACIONAL DE SEGUROS S.A. Y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Proceso: VERBAL.
Radicado: 11001310301220210060900
Asunto: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.

YUDY FRANCISCA AMAYA BARRERA, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.194.203 de Bogotá D.C., portadora de la tarjeta profesional No. 104.589 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada de **NACIONAL DE SEGUROS S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES**, (en adelante **Nacional de Seguros**), dentro del proceso de la referencia, y en el término legal procedo a contestar la demanda presentada por la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad (en adelante el Hospital), en los siguientes términos:

I.IDENTIFICACIÓN DE LA PARTE QUE REPRESENTO

Mi representada, NACIONAL DE SEGUROS S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES, identificada con NIT.860.002.527-9, es una sociedad comercial anónima de carácter privado, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, constituida por medio de la escritura pública No. 2001 del 16 de junio de 1952 de la Notaria 8 de Bogotá D.C. Esta sociedad es representada por el Dr. Camilo Andrés Chaparro González, quien se identifica con el número de cédula de ciudadanía No. 7.185.918 de Tunja y recibe notificaciones en la Calle 94 #11-30, piso 4, de la ciudad de Bogotá D.C., o en la dirección electrónica juridico@nacionaldeseguros.com.co.

II.OPORTUNIDAD DE LA CONTESTACIÓN

A través providencia fechada 27 de enero de 2022 el Despacho admitió la demanda de cara a Nacional de Seguros. Conforme lo establece el Art. 8 del D. 806 de 2020, el día 31 de enero de 2022 mi representada recibió mensaje de datos de parte de la apoderada de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad. La notificación se entendió realizada una vez transcurrieron 2 días del envío del mensaje de datos (1 y 2 de febrero de 2022), el término de 20 días empezó a contabilizarse el 3 de febrero de 2022, transcurriendo a la fecha de radicación de esta contestación **19 días** del término otorgado, por lo cual nos encontramos dentro de la oportunidad legal para contestar la demanda.



III. CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

1. A LAS PRETENSIONES

A LA PRIMERA. Me opongo al reembolso solicitado por la parte actora, *de una parte*, porque el llamamiento en garantía presentado por la Nueva EPS no se configura como una reclamación de cara al contrato de seguro contratado con las aseguradoras demandadas y, *de otra parte*, y en gracia de discusión que así se le considerara, no se trata de la primera reclamación de cara al hecho dañoso [muerte del Sr. Jorge Eliecer Vanegas Boyacá], toda vez que la primera solicitud indemnizatoria se elevó por los perjudicados con la muerte del Sr. Vanegas Boyacá mucho antes [14 de enero de 2016¹] de que la cobertura del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas 12/40847 iniciara su vigencia, lo cual ocurrió el 4 de agosto de 2019.

A LA SEGUNDA. Me opongo y en su lugar solicito que la parte actora sea condenada al pago de las costas y gastos del proceso.

2. FRENTE A LOS HECHOS.

Ponemos de presente que la presente contestación se realiza frente al escrito de subsanación de la demanda.

2.1. Frente a los hechos relacionados con la contratación de la póliza.

AL NUMERAL 1.1. El numeral contiene varias afirmaciones a las cuales daremos respuesta separadamente:

- **Es cierto** que el Hospital celebró un contrato de seguro con Chubb Seguros Colombia S.A., sin embargo, precisamos que Nacional de Seguros también fue parte del contrato de seguro en calidad de coasegurador, esto conforme lo establece el artículo 1095 del Código de Comercio.
- **Es parcialmente cierto** lo mencionado de cara al tipo de seguro adquirido, ya que se trató de un Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas.
- **Es cierto** lo manifestado en cuanto al porcentaje, mi poderdante tiene una participación en el coaseguro del 50%.

AL NUMERAL 1.2. **Es cierto** que la vigencia inicial del contrato de seguro se dio en las fechas mencionadas.

AL NUMERAL 1.3. **Es parcialmente cierto**, se precisa que la modalidad *de cobertura* es por claims made y **es cierto** que el periodo de retroactividad inició el 1º de mayo de 2008.

AL NUMERAL 1.4. **Es cierto** y se resalta que la citada condición precisa que se cubren **las reclamaciones presentadas por primera vez**, durante la vigencia de la póliza. El llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS no fue una primera reclamación de cara al contrato de seguro No. 12/40847.

¹ En esta fecha se llevó a cabo la audiencia de conciliación extrajudicial citada por la Sra. María Araminta Zorro Guerrero y otros.



AL NUMERAL 1.5. Es parcialmente cierto y al respecto nos permitimos precisar:

- La cobertura básica del contrato de seguro se intitula Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas.
- Esta cobertura cubre al Asegurado bajo ciertas condiciones, *entre ellas*: que se trate de una reclamación presentada **por primera vez** en contra del asegurado durante el periodo contractual; que exista una responsabilidad civil imputable al Asegurado y que esta sea causada por un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.
- Si bien cubre al personal de salud del asegurado, estos deben tener ciertas condiciones: *“..personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.”*

AL NUMERAL 1.6. No es un hecho, sino un aparte de las condiciones del contrato de seguro, sin embargo, el aparte citado se encuentra consignado en esos términos en las condiciones.

AL NUMERAL 1.7. Es parcialmente cierto, ya que la responsabilidad de las aseguradoras de cara al valor asegurado y el deducible está delimitado por las condiciones generales y particulares del contrato de seguros, específicamente por los numeral 4 y 5.

2.2. Frente a los hechos relacionados con la reclamación presentada por la Nueva EPS contra el Hospital.

AL NUMERAL 2.1. No me consta lo relatado en este hecho, es un evento ajeno a mi prohijada.

AL NUMERAL 2.2. No me consta lo relacionado con la acción judicial instaurada por los perjudicados con la muerte del Sr. Jorge Eliecer Vanegas Boyacá, es una actuación judicial ajena a Nacional de Seguros. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar que previo al proceso judicial, tanto el Hospital como la Nueva EPS fueron citados por los perjudicados con la muerte del señor Jorge Eliecer Vanegas Boyacá a audiencia de conciliación extrajudicial el día 14 de enero de 2016, la cual se declaró fallida y se realizó a instancia de la Procuraduría 56 Judicial II para Asuntos Administrativos de la Procuraduría General de la Nación.

Conforme a lo anterior podemos concluir que el Hospital recibió reclamación por primera vez antes del 14 de enero de 2016, porque si bien en esta fecha se celebró la audiencia de conciliación, la citación debió ser recibida por el Hospital con anterioridad a la realización de dicha audiencia. Al haberse recibido la primera reclamación antes del inicio de la vigencia del contrato de seguro expedido por mi poderdante y Chubb (4 de agosto de 2019) el evento carece de cobertura.

AL NUMERAL 2.3. No me consta lo relacionado con llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS al Hospital, es una actuación judicial ajena a Nacional de Seguros.

AL NUMERAL 2.4. No me consta lo pretendido por la Nueva EPS de cara al Hospital en virtud del llamamiento en garantía formulado, es una actuación judicial ajena a mi representada.



AL NUMERAL 2.5. No me consta el alcance de las decisiones proferidas por el Juzgado 59 Administrativo del Circuito de Bogotá frente al llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS al Hospital, es una actuación judicial ajena a mi poderdante.

AL NUMERAL 2.6. No me constan las actuaciones judiciales del demandante frente al llamamiento en garantía formulado a Allianz Seguros S.A., es una actuación judicial ajena a mi poderdante.

AL NUMERAL 2.7. Aunque **no le consta** a mi poderdante el alcance de las decisiones adoptadas por el Juzgado 59 Administrativo del Circuito de Bogotá frente al llamamiento en garantía formulado por el demandante a Allianz Seguros, resulta de especial relevancia la confesión elevada por la parte actora en este hecho toda vez que la formulación de la reclamación a otro asegurador, en este caso Allianz Seguros, se constituye como una exclusión de cobertura conforme lo establece el numeral 3.5 de las condiciones generales del contrato de seguro.

AL NUMERAL 2.8. No le consta a Nacional de Seguros las gestiones adelantadas por la parte demandante frente a la decisión del Juez que negó el llamamiento en garantía, sin embargo, llamamos la atención en lo manifestado por la parte actora en el recurso de apelación: asegura que la reclamación es la solicitud de conciliación prejudicial convocada ante la Procuraduría General de la Nación por los perjudicados con la muerte del Sr. Vanegas Boyacá, audiencia que se llevó a cabo el día 14 de enero de 2016.

Citamos a continuación el aparte respectivo del recurso:

Conforme a lo pactado en la póliza, para que opere la cobertura deben darse 2 situaciones:

- 1) La reclamación escrita de los terceros afectados debe haberse presentado ante el asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza.
- 2) Los hechos objeto de la reclamación debieron haber ocurrido a partir del 1 de mayo de 2008, esto indica, que existe cubrimiento retroactivo de los hechos ocurridos con anterioridad al inicio de la póliza.

DÍAZ-GRANADOS &
ABOGADOS CONSULTORES

De acuerdo con lo establecido en la póliza lo que determina la vigencia de la póliza que debe afectarse no es la fecha de la ocurrencia del hecho, sino la de la reclamación de los terceros al asegurado.

En el caso que nos ocupa se entiende como reclamación al HOSPITAL la conciliación prejudicial adelantada ante la Procuraduría General de la Nación mediante la cual, los ahora demandantes, reclamaban el reconocimiento de perjuicios por la muerte del señor Jorge Eliecer Vanegas Boyacá. La audiencia se adelantó el 14 de enero de 2016, esto es, dentro de la vigencia de la póliza 021820394/0.

La conclusión a la cual llega el Despacho no es acertada, puesto que como se indicó previamente, por tratarse de cobertura por reclamación, la póliza que se afecta es la que corresponde a la fecha de la reclamación y no la vigente al momento en el que ocurrieron los hechos.

La fecha de ocurrencia de los hechos es relevante solo para determinar si se encuentra dentro del periodo de cobertura retroactiva, esto es, que los hechos se hubieran presentado después del 1 de mayo de 2008.

Sin embargo, en la presente controversia la demandante señala que la reclamación es el llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS, veamos:



Para que se active la cobertura dentro de este tipo de seguros es necesario que se verifiquen dos condiciones.

- i) Que la reclamación se presente durante la vigencia del contrato de seguro.
- ii) Que los hechos que sirven de fundamento a la reclamación hayan ocurrido durante el término de la póliza o, con posterioridad al término de retroactividad que las partes hayan pactado.

Estos dos requisitos se cumplen en el caso que nos ocupa:

- i) La vigencia de la póliza fue establecida entre el 04 de agosto de 2019 y el 03 de agosto de 2020, y la reclamación presentada por la Nueva EPS consistente en el llamamiento en garantía propuesto contra el HOSPITAL admitido para el 1 de noviembre de 2019.
- ii) En la póliza se pactó que estarían cubiertas las reclamaciones escritas presentadas al HOSPITAL por hechos ocurridos con posterioridad al 01 de mayo de 2008. Los hechos que sirven como base de la reclamación formulada ocurrieron entre el 24 y el 28 de junio de 2014 en relación con las atenciones suministradas al señor Jorge Eliecer Vanegas Boyacá.

Es por lo que consideramos que la parte actora, contrariando el principio de la buena fe, actúa en contravía de sus actos: "*venire contra factum proprium non valet*".

AL NUMERAL 2.9. No le consta a mi poderdante el alcance de las decisiones adoptadas por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca de cara a la apelación presentada por el Hospital, toda vez que no involucró el actuar de mi poderdante.

AL NUMERAL 2.10. No le consta a mi poderdante las motivaciones que tuvo el Tribunal Administrativo de Cundinamarca en la decisión adoptada, ya que Nacional de Seguros es ajena a dicha controversia judicial. Sin perjuicio de lo anterior, debemos indicar que el citado Tribunal adoptó su decisión con base en los supuestos fácticos que le fueron puestos a consideración y con base en un contrato de seguro distinto al que involucra en la presente controversia, por lo que sus consideraciones no pueden ser tenidas como soporte fáctico para la presente acción.

Resta indicar, como bien lo manifestó la parte actora en el recurso de apelación que interpuso ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, que al tratarse de un contrato de seguro bajo la modalidad de cobertura *claims made*, la póliza llamada a darle cobertura al evento es aquella vigente para la fecha en que la **reclamación le fue formulada al Hospital**, lo cual ocurrió por primera vez cuando los familiares del Sr. Vanegas Boyacá citaron a audiencia de conciliación extrajudicial, la cual se celebró el día 16 de enero de 2016.

AL NUMERAL 2.11. No le consta a mi poderdante el estado actual del proceso judicial en el que el Hospital fue llamado en garantía, Nacional de Seguros es ajena a dicha controversia judicial.

2.3. Frente a los hechos relacionados con el agotamiento del requisito de procedibilidad.

AL NUMERAL 3.1. No le consta a Nacional de Seguros la fecha en la que la parte actora radicó la solicitud de conciliación, es un hecho ajeno al actuar de mi poderdante.

AL NUMERAL 3.2. Es cierto.

AL NUMERAL 3.3. Es cierto conforme a la documental aportada.



3. HECHOS, RAZONES Y FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA.

A continuación, me permito presentar los hechos, fundamentos y razones de derecho que sustentan la defensa formulada en el presente escrito de contestación de la demanda:

En el presente asunto la parte actora pretende que las aseguradoras demandadas reembolsen la suma de dinero a la que sea condenado el Hospital con ocasión del llamamiento en garantía propuesto por la Nueva EPS en el proceso que cursa ante el Juzgado 59 Administrativo del Circuito de Bogotá. Dicha pretensión parte del supuesto que el citado llamamiento es una reclamación a la luz del contrato de seguro contenido en la póliza 12/40847, toda vez que la misma fue realizada durante la vigencia del citado contrato.

Consideramos que la pretensión no está llamada a prosperar principalmente porque el llamamiento en garantía presentado por la Nueva EPS no se configura como una reclamación de cara al contrato de seguro contratado con las aseguradoras demandadas, no es una reclamación, es la vinculación que hace un asegurado en beneficio de otro asegurado en virtud del mismo contrato de seguro, y, en gracia de discusión que esa posición fuera factible [que sea una reclamación], no se trata de la primera reclamación de cara al hecho dañoso [muerte del Sr. Jorge Eliecer Vanegas Boyacá], toda vez que la primera solicitud indemnizatoria se elevó por los perjudicados con la muerte del Sr. Vanegas Boyacá mucho antes [14 de enero de 2016²] de que la cobertura del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas 12/40847 iniciara su vigencia, lo cual ocurrió el 4 de agosto de 2019.

De otra parte, existen múltiples condiciones contractuales que excluyen el evento, entre ellas:

- Se trata de un evento relacionado con un litigio pendiente: Numeral 3.3. de las condiciones generales del contrato de seguro.
- Los hechos relacionados con el llamamiento en garantía fueron objeto de reclamación a Allianz Seguros S.A.: Numeral 3.5. de las condiciones generales del contrato de seguro.
- El Hospital presenta la acción judicial en beneficio de otro Asegurado, la Nueva EPS: Numeral 3.6. de las condiciones generales del contrato de seguro.

4. EXCEPCIONES A LA DEMANDA.

Con fundamento en estos hechos, razones y fundamentos, y teniendo en cuenta lo dispuesto en el Código General del Proceso, en el Código Civil, en el Código de Comercio y en todas las demás normas complementarias y concordantes, deberá el Despacho negar todas las pretensiones y declarar como probadas las siguientes excepciones:

4.1. AUSENCIA DE COBERTURA: EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA NUEVA EPS NO ES UNA RECLAMACIÓN A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO.

En la presente controversia la parte actora pretende que las demandadas reembolsen la suma de dinero a la que sea condenado el Hospital con ocasión del llamamiento en garantía propuesto por la Nueva EPS en el proceso que cursa ante el Juzgado 59 Administrativo del Circuito de Bogotá.

² En esta fecha se llevó a cabo la audiencia de conciliación extrajudicial citada por la Sra. María Araminta Zorro Guerrero y otros.



Dicha pretensión parte del supuesto de que el llamamiento en garantía mencionado es una reclamación a la luz del contrato de seguro contenido en la póliza 12/40847, toda vez que la misma fue realizada durante la vigencia del citado contrato.

Con el fin acreditar que dicha posición resulta desacertada de cara al contrato de seguro contratado, lo primero que consideramos pertinente señalar es la definición de *reclamación* incluida en las condiciones generales del contrato, específicamente en el literal o) del numeral 26, el cual incluye las definiciones así:

“o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del Asegurado, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un Acto Médico Erróneo, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del Asegurado que pretenda la declaración de que el mismo es responsable, de un Daño como resultado o derivado de un Acto Médico Erróneo.*

Lo anterior se considerará Reclamación siempre y cuando se presenten por primera vez contra el Asegurado durante el periodo contractual o el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un Daño y/o Gastos Legales cubiertos bajo la presente póliza.” El subrayado es nuestro.

De la definición citada podemos concluir que una reclamación es todo *reclamo judicial o extrajudicial* en contra del Asegurado que pretenda al reparación de un perjuicio.

Si bien la petición elevada por la Nueva EPS se dio en contra del Hospital a través de un trámite judicial [llamamiento en garantía] el mismo no pretende la indemnización de un perjuicio por parte de la Nueva EPS, lo que se pretende es que en caso de que el Juez Administrativo emita decisión condenatoria en su contra, el pago lo realice el Hospital y no la citada EPS.

Aunado a lo anterior, la Nueva EPS no es una víctima y/o perjudicado con el hecho dañoso [fallecimiento del Sr. Vanegas Boyacá], por lo cual no está legitimada a reclamar la indemnización de un perjuicio, por el contrario, está siendo demandada en el proceso judicial ante el Juez Administrativo como responsable directo del hecho dañoso.

Aunado a lo anterior y así lo desarrollaremos en las defensas subsiguientes, la Nueva EPS ostenta la calidad de Asegurado en el contrato de seguro No. 12/40847, por lo tanto su llamamiento en garantía no puede configurarse como un reclamación a la luz del citado contrato.

La indemnización de perjuicios originada por el acto médico *supuestamente* erróneo y que derivó en la muerte del Sr. Jorge Eliecer Vanegas Boyacá ya fue presentada, precisamente por aquellos legitimados para solicitar la indemnización, esto es su esposa e hijos, lo cual ocurrió con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial el **20 de octubre de 2015**, audiencia que se llevo a cabo el **14 de enero de 2016** ante la Procuraduría 56 judicial II para Asuntos Administrativos de la Procuraduría General de la Nación, audiencia que se declaró fallida.

Es por lo anterior que consideramos que es equivocada la apreciación de la parte actora al considerar que el llamamiento en garantía pueda entenderse como una reclamación a la luz del contrato de seguro y por lo tanto improcedente la pretendida afectación del contrato de seguro instrumentado en la póliza 12/40847.



4.2. DEFENSA SUBSIDIARIA: AUSENCIA DE COBERTURA. EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA NUEVA EPS NO ES UNA PRIMERA RECLAMACIÓN A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de la defensa precedente, y en el hipotético caso que se admita que el llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS es una reclamación, consideramos que el mismo no se constituye como *una primera reclamación*, requisito esencial para darle cobertura al evento, atendiendo las siguientes consideraciones:

Las condiciones generales del contrato de seguro precisan que las coaseguradoras indemnizarán los perjuicios provenientes de una reclamación presentada **por primera vez** en contra del Asegurado durante el periodo contractual. A continuación citamos el aparte respectivo de las condiciones:

“CONDICIONES GENERALES 1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD, LOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES A CARGO DEL ASEGURADO, PROVENIENTES DE UNA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL ASEGURADO DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

LOS ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS QUE ORIGINEN UNA RECLAMACIÓN DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL PERIODO CONTRACTUAL.” El subrayado es nuestro.

La cláusula en cita es clara en señalar que la reclamación que será objeto de cobertura será aquella que se presente por primera vez, pero puede ocurrir que un mismo hecho dañoso dé origen a varias solicitudes de pago o reclamaciones, es por eso que también las condiciones generales precisan qué se entiende por “*reclamación presentada por primera vez*”, veamos:

“4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

(...)

Todas las Reclamaciones derivadas del mismo Acto Médico Erróneo 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, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del Periodo Contractual. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del Periodo Contractual. (...)” El subrayado es nuestro.

Conforme a la cláusula en cita, se puede concluir:



- Varias reclamaciones derivadas del mismo acto médico se consideran una sola reclamación.
- La reclamación se considerará presentada por primera vez cuando se presentó la primera de ellas.
- Para que tenga cobertura será necesario que la primera reclamación sea radicada durante el periodo contractual.

En el caso bajo estudio, y como venimos indicando, en el hipotético caso que se aceptara que el llamamiento en garantía es una reclamación, se concluye:

- La reclamaciones formuladas por la familia del Sr. Jorge Eliecer Vanegas Boyacá y el llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS se constituiría como una sola reclamación.
- La reclamación presentada por primera vez fue aquella formulada por la familia del Sr. Jorge Eliecer Vanegas Boyacá a través de la solicitud de conciliación extrajudicial, audiencia que se llevó a cabo el 14 de enero de 2016.
- Dicha reclamación no tiene cobertura bajo el contrato de seguro objeto de debate porque fue presentada antes de que iniciara el periodo contractual³: 4 de agosto de 2019.

Atendiendo que la primera reclamación formulada en virtud del fallecimiento del Sr. Jorge Eliecer Vanegas Boyacá fue formulada antes de que el contrato de seguro contenido en la póliza 12/40847 iniciara cobertura, el evento carece de amparo.

4.3. EXCLUSIÓN DE COBERTURA: EL HOSPITAL [EL ASEGURADO] FUE CITADO A AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL Y DEMANDADO POR LOS HECHOS OCURRIDOS EL 28 DE JUNIO DE 2014 (MUERTE DEL SR JORGE ELIECER VANEGAS BOYACÁ) ANTES DEL 4 DE AGOSTO DE 2019.

La presente defensa tiene fundamento en la exclusión contenida en el numeral 3.3. de las condiciones generales del contrato de seguro, la cual reza así:

“3. EXCLUSIONES

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

(...)

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS. El subrayado es nuestro.

³ Numeral 26. Definiciones. Literal l) Periodo contractual. Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.



La cláusula en cita excluye la cobertura de la póliza a los reclamos y a las acciones judiciales formulados y conocidos por Asegurado antes de la fecha de reconocimiento de antigüedad⁴, la cual fue fijada en el contrato en el día 4 de agosto de 2019.

Como lo hemos venido sosteniendo, la primera reclamación de cara al hecho dañoso [muerte del Sr. Jorge Eliecer Vanegas Boyacá] ocurrió cuando se convocó al Hospital a la audiencia de conciliación extrajudicial, la cual se celebró el día **14 de enero de 2016** con la presencia del representante legal del Hospital. Así mismo, la acción judicial por estos hechos fue instaurada el 2 de junio de 2016 y al parecer, notificada al Hospital asegurado el 10 de octubre de 2018, tal como lo muestran las siguientes imágenes extractadas de la página de la Rama Judicial:

Radicación:

02 Jun 2016	REPARTO Y RADICACIÓN	REPARTO Y RADICACION DEL PROCESO REALIZADAS EL JUEVES, 02 DE JUNIO DE 2016	02 Jun 2016	02 Jun 2016	02 Jun 2016
-------------	----------------------	--	-------------	-------------	-------------

Notificación personal:

10 Oct 2018	NOTIFICACION PERSONAL	APODERADA - CORPORACIÓN UNIVERSITARIA JUAN CIUDAD.			10 Oct 2018
-------------	-----------------------	--	--	--	-------------

Así las cosas, tanto la reclamación extrajudicial, como la acción judicial fueron entabladas y conocidas por el Hospital asegurado antes del 4 de agosto de 2019, fecha pactada en el contrato de seguro como la fecha de reconocimiento de antigüedad, por lo tanto, el evento carece de cobertura.

4.4. EXCLUSIÓN DE COBERTURA. LOS HECHOS RELACIONADOS CON EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FUERON OBJETO DE RECLAMACIÓN A OTRO ASEGURADOR: ALLIANZ SEGUROS S.A.

Los hechos de la demanda (numerales 2.6 y 2.7) precisan que dentro del término para dar respuesta al llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS, el Hospital llamó en garantía a ALLIANZ SEGUROS S.A. Lo que pretendió el Hospital del citado asegurador fue igualmente el reembolso de la eventual indemnización por los hechos relacionados con el fallecimiento del Sr. Vanegas Boyacá ocurrida el 28 de junio de 2014.

La cláusula contractual que excluye de la cobertura el comentado supuesto fáctico está contenido en el numeral 3.5. de las condiciones generales de la póliza, la cual reza así:

“3. EXCLUSIONES

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

⁴ p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.



(...)

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER RECLAMACIÓN REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.” El subrayado es nuestro.

Teniendo en cuenta que la parte actora llamó en garantía a Allianz Seguros poniendo en consideración el mismo acto médico del Hospital [atención brindada por el Hospital al Sr. Vanegas Boyacá], el cual ya fue alegado en otro proceso judicial [expediente No. 11001334305920160034000] y también reclamado extrajudicialmente [audiencia de conciliación extrajudicial llevada a cabo el 14 de enero de 2016] la cobertura del evento bajo el contrato de seguro No. 12/40847 está excluida.

4.5. EXCLUSIÓN DE COBERTURA. EL HOSPITAL PRESENTA LA ACCIÓN JUDICIAL EN BENEFICIO DE OTRO ASEGURADO DE LA PÓLIZA: LA NUEVA EPS.

Como lo hemos manifestado en el acápite de la contestación a los hechos de la demanda, la parte actora en la presente acción judicial adopta una posición contraria a las posiciones jurídicas desplegadas en el proceso judicial que actualmente conoce el Juzgado 59 Administrativo del Circuito de Bogotá D.C.,-tal como lo enunciaremos en subsiguiente excepción- y decide valerse del contrato de seguro contratado con las demandadas para darle cobertura a la pretensión invocada por la Nueva EPS en su llamamiento en garantía.

Sin embargo, la parte actora pierde de vista que la Nueva EPS es Asegurado en el contrato de seguro celebrado con Chubb y Nacional de Seguros, por lo que el llamamiento en garantía, que pretende el demandante designar como “reclamación” se configura como una exclusión de la cobertura de la póliza, tal como lo prevé el numeral 3.6. de las condiciones generales en los siguientes términos:

“3. EXCLUSIONES

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

(...)

3.6. *ASEGURADO CONTRA ASEGURADO RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO ASEGURADO AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA. QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.*” El subrayado es nuestro.

En el caso en que se llegue a considerar que el llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS es una reclamación a la luz del contrato de seguro, la misma se configura como un beneficio que el Hospital [Asegurado] está efectuando en beneficio de la Nueva EPS, sociedad también Asegurada bajo el contrato de seguro No. 12/40847, para que su pretensión de pago sea



satisfecha, aun cuando quedo absolutamente claro conforme a lo indicado en precedente, que el llamamiento en garantía no es un reclamación y si así lo fuera, no fue el primer reclamo presentado.

4.6. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE NACIONAL DE SEGUROS POR EL VALOR ASEGURADO Y LA DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA.

En el caso que el Despacho considere que le asisten razones de hecho y de derecho a la parte actora y decida condenar a las demandadas a reembolsarle al demandante las sumas reclamadas, habrá de tenerse en cuenta que la responsabilidad de las coaseguradoras se encuentra limitada al valor de la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza de seguro responsabilidad civil profesional para Instituciones Médicas No. 12/40847. A este respecto el artículo 1079 del C.Co. dispone los siguiente:

“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1074.”

En este mismo sentido, el numeral cuarto de las condiciones generales de la póliza limita la responsabilidad de las aseguradoras en los siguientes términos:

“4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del Asegurador en relación con todos los Daños y Gastos Legales amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de Asegurados, Reclamaciones, personas o entidades que efectúen tales Reclamaciones.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del Asegurador para esa cobertura, independientemente del número de Daños, Gastos Legales, cantidad de Asegurados, Reclamaciones, personas o entidades que efectúen tales Reclamaciones. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los Gastos Legales están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el Asegurador no estará obligado, en ningún caso, a pagar Daños ni Gastos Legales que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las Reclamaciones derivadas del mismo Acto Médico Erróneo 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, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del Periodo Contractual. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del Periodo Contractual.

Así mismo, la serie de Actos Médicos Erróneos que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo Acto Erróneo, y constituirán una sola Pérdida y/o Gastos Legales, sin importar el número de reclamantes y/o Reclamaciones formuladas. La responsabilidad máxima del Asegurador por dichos Daños y/o Gastos Legales, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.”

Teniendo en cuenta lo anterior, la responsabilidad de mi poderdante está limitada no solo por el valor asegurado establecido en la carátula de la póliza No. 12/40847, sino por la disponibilidad de dicha suma por no haber pagado otros siniestros asegurados.



4.7. DESCUENTO DEL DEDUCIBLE 12,5% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO \$100.000.000 PACTADO EN EL CONTRATO

Respecto al deducible pactado en el contrato de seguro, las condiciones generales de la póliza establecen en el numeral 5, lo siguiente:

“El Asegurador será exclusivamente responsable de pagar los Daños y/o Gastos Legales en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovisto de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el Asegurado.

Se aplicará un solo deducible a los Daños y/o Gastos Legales originados en Reclamaciones derivadas del mismo Acto Médico Erróneo.”

Según las condiciones generales del contrato de seguro, el deducible pactado es del 12,5% del valor de la pérdida mínimo COP\$100.000.000 de todos y cada uno de los reclamos. En caso de que se considere que le asiste la razón a la parte actora, se le solicita respetuosamente al Despacho descontar el valor del deducible del valor de la pérdida conforme se pactó en el contrato.

4.8. EXCLUSIONES, INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y GARANTÍAS.

Respetuosamente solicito al Despacho que, si durante el litigio se llega a acreditar los supuestos fácticos de una exclusión, o evidenciar el incumplimiento de obligaciones o alguna de las garantías previstas en las condiciones generales del contrato de seguro, específicamente aquellas nombradas en el numeral 25, las cuales están a cargo del tomador o el asegurado, solicito al Despacho declararla(s) probada(s) en la sentencia, según las condiciones generales de la póliza.

A continuación se cita el numeral relacionado:

“25. GARANTIAS

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:

a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.

b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aqu ellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o



administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.

c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)

e) Colaborar con el Asegurador, o con el representante nombrado por el mismo:

- Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
- Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del Asegurado.
- Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.
- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el Asegurador encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al Asegurador efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.”

4.9. VIOLACIÓN DEL PRINCIPIO DE BUENA FE QUE RIGE EL CONTRATO DE SEGURO. TEORÍA DE LOS ACTOS PROPIOS: PROHIBICIÓN DE OBRAR CONTRA LOS ACTOS PROPIOS.

Fundamento así este motivo de defensa:

La buena fe según el Doctrinante Felipe Vallejo “es un principio general incorporado al derecho privado y considerado de orden público. Se halla implícito en todos los negocios jurídicos, cualquier



que sea su naturaleza. En materia contractual, consiste en actuar ambas partes (acreedor y deudor) en forma honesta y diligente –en todo momento-. La honestidad simple no es suficiente para ser considerado de buena fe.”⁶

El artículo 83 de la Constitución Política establece que “*las actuaciones de los particulares y de las autoridades deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas*”. Esa presunción, por estar consagrada en la Carta Política, aplica para todas las leyes y todos los contratos que se expidan o se celebren en el país.

El principio de buena fe no sólo está consagrado en la Constitución, sino también en otras normas como el Código Civil y el de Comercio, que lo han establecido y desarrollado. Por ejemplo, el artículo 871 del Código de Comercio indica que “*los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe (...)*”.

La jurisprudencia ha indicado que una expresión del principio de la buena fe objetiva es la teoría de los actos propios, al respecto, en sentencias recientes del Consejo de Estado se ha precisado:

“[L]a regla del “venire contra factum proprium non valet” o “teoría de los actos propios”, cimentada a partir de los principios generales de la buena fe y de la confianza legítima, prohíbe a una parte ir en contra de sus propios actos. Dicho principio busca proteger la confianza depositada en los otros con el obrar, por lo que la parte de una relación contractual debe asumir las consecuencias jurídicas vinculantes que se derivan de sus propios actos, sin que resulte posible desconocer los efectos jurídicos que se desprenden de una conducta precedente. Esta Corporación ha precisado el alcance de dicha regla de la siguiente manera:“(…) nadie puede venir válidamente contra sus propios actos, regla cimentada en el aforismo ‘adversus factum suum quis venire non potest’, que se concreta sencillamente en que no es lícito hacer valer un derecho en contradicción con una conducta anterior, o sea, ‘venire contra factum proprium non valet’. Es decir, va contra los propios actos quien ejercita un derecho en forma objetivamente incompatible con su conducta precedente, lo que significa que la pretensión que se funda en tal proceder contradictorio, es inadmisibles y no puede en juicio prosperar. (...) En suma, la regla ‘venire contra factum proprium non valet’ tiene una clara aplicación jurisprudencial, pero además goza de un particular valor normativo en la medida en que está fundada en la buena fe, la cual el ordenamiento erige como principio de derecho que irradia todas las relaciones jurídicas, como ética media de comportamiento exigible entre los particulares y entre éstos y el Estado.”⁶ (Subrayas fuera del texto original).

«a nadie le es lícito hacer valer un derecho en contradicción con su anterior conducta, cuando esa conducta, interpretada objetivamente según la ley, según las buenas costumbres o la buena fe, justifica la conclusión de que no se hará valer el derecho, o cuando el ejercicio posterior choque contra la ley, las buenas costumbres o la buena fe»(…)

Colombia, por ejemplo, ha acudido a la doctrina de los actos propios para impedir comportamientos incoherentes que atenten contra los principios de la buena fe y de confianza legítima y para restar efectos jurídicos a la conducta de una persona que se contraponen con un comportamiento anterior. Por eso, M.B.F. explica que la doctrina de los actos propios constituye «un límite al ejercicio de un derecho subjetivo con el fin de obtener, en las relaciones jurídicas, un comportamiento consecuente de las personas y el respeto del principio de la buena fe»⁷

En el caso bajo estudio, la situación fáctica que contraría la teoría de los actos propios se evidencia al revisar dos documentos emanados de la parte actora incluidas en el recurso de apelación presentada por el Hospital en virtud de la decisión desfavorable del juez de instancia, en él asegura

⁵ VALLEJO Felipe. El concepto de la buena fe en los contratos. Estudio de derecho civil, Obligaciones y contratos. Libro homenaje a Fernando Hinestrosa. Universidad Externado de Colombia. Primera Edición. Octubre de 2003.

⁶ Consejo de Estado. Sección Primera. Sentencia del 14 de mayo de 2020. Rad No. 05001-23-31-000-2005-07646-01 C.P. Roberto Augusto Serrato Valdés.

⁷ Consejo De Estado. Sección Cuarta. Sentencia del 30 de enero del 2020. Exp. 11001- 03-15-000-2019-03665-01. C.P. Julio Roberto Piza Rodríguez.



que la reclamación es la solicitud de conciliación prejudicial convocada ante la Procuraduría General de la Nación por los perjudicados con la muerte del Sr. Vanegas Boyacá, audiencia que se llevó a cabo el día 14 de enero de 2016.

Citamos a continuación el aparte respectivo del recurso:

Conforme a lo pactado en la póliza, para que opere la cobertura deben darse 2 situaciones:

- 1) La reclamación escrita de los terceros afectados debe haberse presentado ante el asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza.
- 2) Los hechos objeto de la reclamación debieron haber ocurrido a partir del 1 de mayo de 2008, esto indica, que existe cubrimiento retroactivo de los hechos ocurridos con anterioridad al inicio de la póliza.

DÍAZ-GRANADOS &
ABOGADOS CONSULTORES

De acuerdo con lo establecido en la póliza lo que determina la vigencia de la póliza que debe afectarse no es la fecha de la ocurrencia del hecho, sino la de la reclamación de los terceros al asegurado.

En el caso que nos ocupa se entiende como reclamación al HOSPITAL la conciliación prejudicial adelantada ante la Procuraduría General de la Nación mediante la cual, los ahora demandantes, reclamaban el reconocimiento de perjuicios por la muerte del señor Jorge Eliecer Vanegas Boyacá. La audiencia se adelantó el 14 de enero de 2016, esto es, dentro de la vigencia de la póliza 021820394/0.

La conclusión a la cual llega el Despacho no es acertada, puesto que como se indicó previamente, por tratarse de cobertura por reclamación, la póliza que se afecta es la que corresponde a la fecha de la reclamación y no la vigente al momento en el que ocurrieron los hechos.

La fecha de ocurrencia de los hechos es relevante solo para determinar si se encuentra dentro del periodo de cobertura retroactiva, esto es, que los hechos se hubieran presentado después del 1 de mayo de 2008.

Sin embargo, en la presente controversia la demandante señala que la reclamación es el llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS, veamos:

Para que se active la cobertura dentro de este tipo de seguros es necesario que se verifiquen dos condiciones.

- i) Que la reclamación se presente durante la vigencia del contrato de seguro.
- ii) Que los hechos que sirven de fundamento a la reclamación hayan ocurrido durante el término de la póliza o, con posterioridad al término de retroactividad que las partes hayan pactado.

Estos dos requisitos se cumplen en el caso que nos ocupa:

- i) La vigencia de la póliza fue establecida entre el 04 de agosto de 2019 y el 03 de agosto de 2020, y la reclamación presentada por la Nueva EPS consistente en el llamamiento en garantía propuesto contra el HOSPITAL admitido para el 1 de noviembre de 2019.
- ii) En la póliza se pactó que estarían cubiertas las reclamaciones escritas presentadas al HOSPITAL por hechos ocurridos con posterioridad al 01 de mayo de 2008. Los hechos que sirven como base de la reclamación formulada ocurrieron entre el 24 y el 28 de junio de 2014 en relación con las atenciones suministradas al señor Jorge Eliecer Vanegas Boyacá.

Así las cosas, se evidencia a todas luces que la parte actora ha actuado en contra del principio "*venire contra factum proprium non valet*" o "*teoría de los actos propios*" y en contravía del principio de buena fe que regula la actuación de los particulares por lo tanto sus pretensiones no están llamadas a prosperar.



4.10. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD. CLÁUSULA COASEGURO.

Según el artículo 1095 del Código de Comercio, el coaseguro es la figura a través de la cual dos o más aseguradoras, a solicitud del asegurado o con su aquiescencia, acuerdan distribuirse entre ellas determinado seguro.

De acuerdo con el artículo 1094 del mismo código, para su existencia se requiere que concurren los siguientes requisitos:

1. Diversidad de aseguradores.
2. Identidad de asegurado.
3. Identidad de interés asegurado.
4. Identidad de riesgo.

La Superintendencia Financiera de Colombia ha indicado que “...quienes participan en un coaseguro es un conjunto de compañías de seguros, entre las cuales no existen relaciones recíprocas de aseguramiento, **pues tales aseguradoras asumen responsabilidades individuales frente a un mismo riesgo**, cuya iniciativa nace del asegurado que quiere hacerlas partícipes o de una de éstas con la aceptación del interesado, para efectos de hacer la repartición del riesgo.”⁸

El profesor J. Efrén Ossa Gómez indica que el coaseguro es utiliza por voluntad del asegurado “(...) porque desea hacer partícipes del seguro a dos o más aseguradores. O coadyuvar la distribución técnica del riesgo. O proveer, mediante un seguro adicional con otro asegurador, a la protección de un incremento sobreviniente de su interés asegurable (...)”⁹

El contrato contenido en la póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas No. 12/40847, se estableció que el riesgo asegurado sería asumido por 2 compañías aseguradoras:

- NACIONAL DE SEGUROS S.A. 50%
- CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. 50%

Atendiendo lo manifestado, comedidamente solicitamos que la cláusula de coaseguro se tenga en cuenta en caso de que no se acojan los argumentos expuestos en precedente.

4.11. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES Y DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE SEGURO CUYA AFECTACIÓN SE PRETENDE.

El artículo 1081 del Código de Comercio regula los términos de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y precisa que hay una prescripción ordinaria, cuyo término será de 2 años, y una extraordinaria que será de 5 años. El término de la primera empezará a contabilizarse desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento

⁸ Concepto No. 2001036918-2. Septiembre 26 de 2001.

⁹ *Teoría General del Seguro. El contrato.* Segunda Edición actualizada. Editorial Temis, Bogotá, 1991, página 160.

Celular: 316.4.71.82.37 | Fijo: 601.6.45.19.47

E-mail: yamaya@hotmail.com
Bogotá D.C. Colombia



del hecho que da base a la acción, y la segunda, desde el momento en que nace el respectivo derecho.

De igual forma, el seguro de responsabilidad civil tiene una norma especial en el Código de Comercio que regula el tema siniestro y su incidencia en la prescripción: el Artículo 1131, el cual dispone:

“En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.”

En el caso de que el supuesto fáctico de las normas citadas se configure en el desarrollo del proceso, solicito al Despacho declararla(s) probada(s) en la sentencia.

4.12. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Por este medio, solicito al Despacho que declare la procedencia de cualquier otra excepción que quede demostrada durante el transcurso del proceso y con base en las pruebas que dentro de él se practiquen.

IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

El artículo 206 del Código General del Proceso establece que *“quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos.”*

En torno a este tópico, el reconocido Profesor Hernán Fabio López se ha manifestado en los siguientes términos:

“La finalidad de esta disposición es la de disciplinar a los abogados, quienes con frecuencia en sus demandas no vacilan en solicitar de manera precipitada y muchas veces irresponsable, especialmente cuando de indemnización de perjuicios se trata, sumas exageradas, sin base real alguna, que aspiran a demostrar dentro del proceso, pero sin que previamente, como es su deber, traten sobre bases probatorias previas serias frente al concreto caso, de ubicarlas en su real dimensión económica, de ahí que en veces, no pocas, de manera aventurada lanzan cifras estrambóticas a sabiendas que están permitidos los fallos mínima petita; en otras ocasiones se limitan a dar una suma básica o ‘lo que se pruebe’, fórmula con la cual eluden los efectos de aplicación de la regla de la congruencia.

A esa práctica le viene a poner fin esta disposición, porque es deber perentorio en las pretensiones de la demanda por algunos de los rubros citados, señalar razonablemente el monto al cual considera asciende el perjuicio reclamado, lo que conlleva la necesidad de estudiar responsablemente y de manera previa a la elaboración de la demanda, las bases económicas del daño sufrido, de manera tal que si la estimación resulta abiertamente exagerada, que para la norma lo viene a constituir un exceso de más del 50%, se impone la multa equivalente al diez por ciento de la diferencia (...).”

El mismo doctrinante también indica:



“Significa lo anterior que para realizar un adecuado juramento estimatorio, es necesario especificar lo que se pretende por daño emergente, por lucro cesante, por frutos, por mejoras, en fin por el concepto al que se aspira a una indemnización y no está permitido señalar en forma general que se estiman los “perjuicios materiales” en equis suma.

Es de advertir que únicamente se pueden estimar perjuicios provenientes del “reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras” y no otra clase de pretensiones, como, por ejemplo, pagos de cláusulas penales, perjuicios extrapatrimoniales, multas o sumas adeudadas, que no provengan de los conceptos antes expresados.”

Es claro que para que el juramento estimatorio surta los efectos probatorios establecidos en la ley, es necesario que el demandante estime **razonadamente** el valor de la indemnización y discrimine cada uno de los conceptos. En el presente caso, no se discriminan los conceptos que generan el valor del reembolso reclamado (\$576.028.807,6). Simplemente, se indican una cifra sin ningún sustento y sin ningún soporte o explicación.

Adicionalmente, la suma reclamada por la parte demandante en el juramento estimatorio en cuantía de \$576.028.807,6 resulta improcedente toda vez se configura como la pretensión total de las pretensiones elevadas en el proceso judicial que iniciaron los perjudicados con el hecho dañoso [fallecimiento del Sr. Vanegas Boyacá], pretensiones que van dirigidas en contra de las múltiples personas jurídicas que intervinieron en la atención de la víctima.

Pierde también de vista la parte actora que en los hechos de dicha demanda se hacen imputaciones directas en contra de la Nueva EPS, es decir no como responsable solidario con las IPS que prodigaron la atención al Sr. Vanegas Boyacá, sino como responsable único en garantizar la atención de su afiliado a través de su red de prestadores, es por lo que la condena directa a dicha EPS no podría ser trasladable a las aseguradoras demandadas, no solo por lo expuesto en las excepciones planteadas, sino porque en dicho proceso se pretende la declaratoria de una responsabilidad directa de la Nueva EPS.

V. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento los argumentos expuestos en la presente contestación al llamamiento en garantía en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en el Código General del Proceso, en el Código Civil, en el Código de Comercio y en todas las demás normas complementarias y concordantes.

VI. PRUEBAS

Para la defensa de los intereses de mi mandante y para el éxito de las excepciones propuestas, comedidamente solicito se decreten las siguientes pruebas:

Documentales

1. Copia de la carátula de la póliza No. 400019497.
2. Copia del Anexo No. 1 de la póliza No. 400019497.
3. Copia del Anexo No. 2 de la póliza No. 400019497.



Interrogatorio de Parte

Solicito respetuosamente se fije fecha y hora para recibir la declaración del representante legal de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, Sr. Mauricio Rubio Buitrago o quien haga sus veces a efectos de que absuelvan el interrogatorio que, vía oral o escrita, me permitirá formularle, en relación con los hechos, pretensiones y excepciones materia del proceso.

Declaración de parte

De acuerdo con lo previsto por el artículo 191 del Código General del Proceso solicito respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir la declaración de Camilo Andrés Chaparro González o quien haga sus veces como representante legal de Nacional de Seguros S.A., a efectos de que absuelva el interrogatorio que, vía oral o escrita, me permitirá formularle, en relación con los hechos, pretensiones y excepciones materia del proceso.

Prueba trasladada

Conforme lo establece el artículo 174 del Código General del Proceso, solicito respetuosamente que las piezas procesales del proceso judicial que se adelanta en el Juzgado 59 Administrativo del Circuito de Bogotá D.C. con radicado No.11001334305920160034000 como son: demanda, contestación a la demanda con sus anexos presentadas por la Nueva EPS y por el Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, así como los llamamientos en garantía con sus anexos formulados por la Nueva EPS en contra de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad y de esta entidad en contra de Allianz Seguros S.A. y las decisiones judiciales que vinculen a estas partes, sean enviados a ordenes de este Despacho judicial.

VII.ANEXOS

1. Poder otorgado por el representante legal de Nacional de Seguros S.A.
2. Certificado de existencia y representación legal de Nacional de Seguros S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VIII.NOTIFICACIONES

- Mi representada, en la Calle 94 #11-30, piso 4, de la ciudad de Bogotá D.C., o en el correo electrónico: juridico@nacionaldeseguros.com.co
- La suscrita recibirá notificaciones, en la Carrera 56 No. 152b-71, Torre 3, Ap. 701, de la ciudad de Bogotá D.C., o en el correo electrónico: yamaya@hotmail.com.

Así las cosas, solicito comedidamente al Despacho se adelante respecto de esta contestación el trámite de Ley.

Del señor Juez, respetuosamente,

YUDY FRANCISCA AMAYA BARRERA
CC. No. 52.194.203 de Bogotá
TP. No. 104.589 del C. S de la J.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9149030856910321

Generado el 12 de enero de 2022 a las 15:49:22

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: NACIONAL DE SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES, y podrá utilizar válidamente las siglas "NACIONAL DE SEGUROS" o "NS"

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Anónima de Carácter Comercial. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 2001 del 16 de junio de 1952 de la Notaría 8 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). denominándose COMPAÑÍA AGRÍCOLA DE SEGUROS S.A.

Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 La Superintendencia Bancaria renueva el certificado de autorización que ha sido otorgado a las entidades aseguradoras

Resolución S.F.C. No 0810 del 04 de junio de 2007 por medio de la cual la Superintendencia Financiera aprueba la cesión de activos, pasivos, contratos y de cartera de seguros de la Compañía Agrícola de Seguros S.A. y de la Compañía Agrícola de Seguros de Vida S.a. a favor de la Compañía Suramericana de Seguros S.A., la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. y de la Compañía Suramericana Administradora de Riesgos Profesionales y Seguros de Vida S.a. SURATEP.

Escritura Pública No 2609 del 25 de julio de 2007 de la Notaría 35 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). La sociedad tendrá el carácter de sociedad anónima, será de nacionalidad Colombiana modifica su razón social de COMPAÑÍA AGRÍCOLA DE SEGUROS S.A. a ECO SEGUROS S.A.

Resolución S.F.C. No 0664 del 08 de mayo de 2012 La Superintendencia Financiera de Colombia aprueba el programa de desmonte progresivo de operaciones presentado por ECO SEGUROS S.A.

Resolución S.F.C. No 1570 del 21 de agosto de 2013 la Superintendencia Financiera de Colombia autoriza la terminación del programa de desmonte progresivo de operaciones de Eco Seguros S.A., para darle paso a la disolución y liquidación voluntaria de la entidad sujeto de la medida adoptada mediante Resolución 0664 del 08 de mayo de 2012. Que la sociedad se haya disuelta y en estado de liquidación según E.P. 3509 del 15 de octubre de 2013 Notaría 20 de Bogotá, denominándose ECO SEGUROS S.A. EN LIQUIDACIÓN.

Escritura Pública No 3862 del 19 de noviembre de 2013 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). , protocoliza el acta 90 del 30 de octubre de 2013 de ECO Seguros S.A. En Liquidación, por medio del cual los accionistas aprobaron por el 99.998 % de las acciones que representan el capital social, la reactivación de la sociedad ECO SEGUROS S.A., con fundamento en el artículo 29 de la Ley 1429 de 2010

Escritura Pública No 0415 del 04 de abril de 2014 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). modifica su razón social de ECO SEGUROS S.A. por la de NACIONAL DE SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES, y podrá utilizar válidamente la sigla "NACIONAL DE SEGUROS"

Escritura Pública No 0967 del 04 de agosto de 2015 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Sociedad anónima de carácter comercial

Escritura Pública No 1168 del 06 de mayo de 2020 de la Notaría 44 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). modifica su razón social de NACIONAL DE SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES, y podrá utilizar válidamente la sigla "NACIONAL DE SEGUROS" por NACIONAL DE SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES, y podrá utilizar válidamente las siglas "NACIONAL DE SEGUROS" o "NS"



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9149030856910321

Generado el 12 de enero de 2022 a las 15:49:22

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

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 185 del 11 de agosto de 1952

REPRESENTACIÓN LEGAL: REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA COMPAÑÍA Y REPRESENTANTE LEGAL PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y COMERCIALES. La representación legal de la compañía será simultánea e individualmente ejercida por cualquiera de las siguientes personas por designación expresa de la junta directiva: 1.) el Gerente General, 2.) Uno o más administradores de la sociedad de acuerdo al artículo 23 de estos estatutos, 3.) el Presidente de la Junta Directiva, Y 4.) Directores. Los representantes legales ostentarán esta calidad mientras estén en el ejercicio de sus funciones dentro de la compañía, pero podrán ser removidos de la representación legal en cualquier tiempo por decisión de la Junta Directiva. Así mismo, la Junta Directiva podrá determinar el nombramiento de uno o más representantes legales para asuntos Administrativos y Comerciales. **PARÁGRAFO.** En caso que la Junta Directiva apruebe la apertura de una sucursal o una Agencia de la sociedad fuera o dentro de su domicilio principal, la designación de su gerente o administrador, será así mismo competencia de la Junta Directiva de la sociedad. Salvo que por medio de un poder general o especial otorgado por un representante legal se le asignen funciones distintas, los gerentes de las sucursales de la sociedad contarán con las siguientes facultades: 1. Representar legalmente a la sociedad. 2. Presentar en nombre de la sociedad solicitudes formales a las autoridades del orden municipal o departamental. 3. Otorgar poderes especiales a abogados con fines judiciales o administrativos en defensa de la sociedad. 4. Responder en nombre de la sociedad acciones de tutela, derechos de petición y en general los requerimientos presentados por parte de clientes o usuarios de la sociedad, o autoridades competentes. 5. Se aclara que los gerentes de las sucursales no contarán con la facultad de celebrar contratos en nombre de la sociedad. 6. Asistir a audiencias y diligencias judiciales y extrajudiciales en nombre de la sociedad con facultad de absolver interrogatorios de parte y para conciliar conforme a los lineamientos e instrucciones que para el efecto imparta la Gerencia General. **FUNCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES DE LA COMPAÑÍA.** Los representantes legales de la sociedad tendrán todas las facultades y obligaciones propias de la naturaleza de sus cargos dentro de la compañía, y en especial las siguientes: 1. Ejercer la representación legal de la sociedad, tanto judicial como extrajudicial. 2. Ejecutar u ordenar todos los Actos y operaciones correspondientes al objeto social de conformidad con lo previsto en las leyes, en estos estatutos y en las decisiones de la Junta Directiva. 3. Presentar a la Asamblea General de Accionistas, conjuntamente con la Junta Directiva, los estados financieros de propósito general con sus notas, cortados a fin del respectivo ejercicio y los dictámenes del Revisor Fiscal, lo mismo que el informe de gestión y el proyecto de distribución de utilidades. El informe de gestión deberá contener una exposición fiel sobre la evolución de los negocios y la situación jurídica, económica y administrativa de la sociedad, e incluirá igualmente indicaciones sobre los acontecimientos importantes acaecidos después del ejercicio; así como la evolución previsible de la sociedad y las operaciones celebradas entre ésta y sus accionistas y administradores. 4. Tomar todas las medidas que reclame la conservación y seguridad de los bienes sociales, vigilar la actividad de los empleados de la Sociedad e impartirles las órdenes e instrucciones que exija el normal desarrollo del objeto social. 5. Convocar la Asamblea General a reuniones extraordinarias cuándo lo juzgue necesario o conveniente y hacer las convocatorias del caso cuando lo ordenen los Estatutos, la junta Directiva o el Revisor Fiscal. 6. Convocar la Junta Directiva cuando lo considere necesario o conveniente y mantener informado a tal organismo del curso de los negocios sociales. 7. Presentar a la Junta Directiva, el Balance del ejercicio suministrar todos los balances de prueba e informes que esta solicite en relación con la Sociedad y sus actividades. 8. Cumplir las órdenes e instrucciones que le imparta la Asamblea General y la Junta Directiva. 9. Delegar parcialmente sus funciones y constituir los apoderados generales o especiales que se requieran para la defensa de los intereses de la sociedad. 10. Cumplir o hacer que se cumplan oportunamente todos los requisitos o exigencias legales que se relacionen con la existencia y funcionamiento y actividades de la Sociedad. 11. Ejecutar o celebrar sin limitación de su cuantía todos los actos o contratos comprendidos dentro del giro ordinario de los negocios sociales o relacionados con el desarrollo del objeto social. Para la celebración de actos o contratos fuera del giro ordinario de los negocios se seguirán las siguientes reglas: 12. Si la cuantía del acto es inferior a quinientos (500) salarios mínimos mensuales legales vigentes, cualquier representante legal estará facultado para su celebración o ejecución. 13. Si la cuantía del acto superior a quinientos (500) salarios mínimos mensuales legales vigentes e inferior a mil (1.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes, se requerirá la firma de dos representantes legales. 14. Si la cuantía del acto superior a mil (1000) salarios mínimos



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9149030856910321

Generado el 12 de enero de 2022 a las 15:49:22

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

mensuales legales vigentes, se requerirá la autorización de la Junta Directiva. 15. La compraventa de bienes inmuebles y la constitución de gravámenes o limitaciones a su dominio, en todos los casos requerirá la autorización de la Junta Directiva. 16. Para los actos indicados en el literal c o d del presente numeral, una vez se obtenga la autorización de la Junta Directiva de la compañía, la firma de un representante legal será suficiente para actuar en nombre y por cuenta de la compañía. 17. Nombrar y remover los empleados de la Compañía cuya designación no esté asignada a otro ente de administración o dirección. 18. Decidir sobre la constitución de tribunales de arbitramento para la defensa de los intereses de la sociedad. 19. Suscribir, sin limitación alguna las propuestas, ofertas e invitaciones a cotizar para licitaciones públicas o invitaciones para contratación de seguros de entidades estatales u oficiales de cualquier orden ya sea Nacional, Departamental o Municipal, Sociedades de Economía mixta, Institutos Descentralizados, Empresas Industriales y Comerciales del Estado y superintendencias, como también para presentar las propuestas y ofertas de licitaciones de sociedades o personas privadas. Las propuestas, ofertas, licitaciones, o invitaciones para cotizar pueden ser presentándose la sociedad sola o en consorcio o en unión temporal o a través de la figura de coaseguro. 20. Expedir y suscribir pólizas de seguro en los ramos autorizados por la Superintendencia financiera a la Sociedad sin limitación alguna. 21. Los representantes legales de la compañía podrán realizar sin limitación de su cuantía, las operaciones de inversión de las reservas como de los recursos propios de la sociedad, en los términos de la legislación Colombiana. 22. Los representantes legales quedan facultados para autorizar solicitar y manejar en nombre de la Compañía, de cuentas bancarias (corrientes y de ahorros) y demás productos financieros en Colombia y en el exterior. 23. Dar respuesta en nombre de la sociedad, respecto a las solicitudes de indemnización que sean presentadas a la compañía. 24. Todas las demás facultades que se deriven de la naturaleza de su cargo.

FUNCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y COMERCIALES. Los Representantes Legales para asuntos y procesos Administrativos y Comerciales, si su cargo se provee por parte de la Junta Directiva, tendrán las siguientes funciones: 1. Representar a la sociedad ante las autoridades jurisdiccionales o administrativas del orden Municipal, Departamental o nacional. 2. Representar a la sociedad ante las autoridades de la Rama judicial o Ejecutiva del poder público. 3. Celebrar en nombre de la Sociedad Contratos de Seguro en relacionados con el objeto social. 4. Presentar Propuesta Comerciales en nombre de Nacional de Seguros S.A. 5. Suscribir pólizas de cumplimiento de disposiciones legales, incluyendo más no limitando a las ordenadas por la DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS (DIAN). 6. Efectuar la designación de los apoderados especiales que representen a la sociedad ante las autoridades mencionadas. 7. Todas aquellas que le deleguen los representantes legales o la Junta Directiva de la Compañía. 8. Otorgar poderes especiales a terceros para promover o instaurar demandas, contestar demandas, llamamientos en garantía, incidentes, recursos en la justicia ordinaria arbitral o en la vía gubernativa. 9. Además tendrá la facultad expresa para conciliar por medio de cualquier mecanismo alternativo de solución de conflictos a la cual sea convocada la sociedad incluyendo sin limitar, audiencias de conciliación en materia laboral, administrativa, civil y comercial. El Representante Legal PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Y COMERCIALES tendrá un límite de cuantía de quinientos (500) salarios mínimos mensuales legales vigentes, para la negociación y aceptación de acuerdos de y conciliación. Actos por cuantía superior a esta suma requerirán de la autorización de la Junta Directiva. 10. Suscribir en nombre y representación de la sociedad toda clase de formularios y solicitudes de sustitución o cancelación de inversión extranjera ante el Banco de la República de Colombia. 11. Presentar en nombre y representación de la sociedad, todo tipo de solicitudes peticiones, reclamaciones, recursos, incidentes y en general trámites ante las instituciones públicas del orden nacional, municipal o departamental o cualquier entidad privada. En virtud de esta facultad, podrá presentar solicitudes de cualquier clase ante cualquier entidad, pública o privada, entre las que se encuentran de manera no limitativa, la superintendencia Financiera, La Superintendencia de Sociedades, Los ministerios del despacho Presidencial, cualquiera que sea su rama, las secretarías de la gobernación de Cundinamarca cualquiera que sea su rama, las secretarías del despacho de la Alcaldía de Bogotá, cualquiera que sea su rama, La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, El Banco de la República. 12. Dar respuesta en nombre de la sociedad, respecto a las solicitudes de indemnización que sean presentadas a la compañía, así como a cualquier petición queja reclamo que se presente ante la compañía, ante la Superintendencia Financiera o ante la defensoría del consumidor Financiero. 13. Asistir en nombre de la sociedad a todo tipo de inspecciones, interrogatorios, audiencias y demás trámites judiciales o administrativos con facultades de representación de la sociedad. 14. En general, se encuentra facultado para adelantar todas las gestiones y actuaciones tendientes a la defensa judicial y administrativa de la Sociedad. (Escritura Pública 1168 del 6 de mayo de 2020 Notaria 44 de Bogotá).



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9149030856910321

Generado el 12 de enero de 2022 a las 15:49:22

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

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Carlos Arturo Velez Mejia Fecha de inicio del cargo: 19/11/2015	CC - 80505535	Gerente General
Hernán Marulanda Echavarria Fecha de inicio del cargo: 15/09/2016	CC - 19214720	Presidente de la Junta Directiva
Diego Aparicio Huertas Fecha de inicio del cargo: 30/09/2015	CC - 80082054	Gerente Administrativo y Financiero
Camilo Andrés Chaparro González Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 7185918	Representante Legal en Calidad de Secretario General

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991. Automóviles, aviación, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, multirriesgo comercial, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, semovientes, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes y vidrios.

Resolución S.B. No 123 del 07 de febrero de 1994 Autoriza operar el ramo de seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de Multirriesgo comercial, se explotara según el ramo al cual corresponda cada amparo. b) El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.F.C. No 0810 del 04 de junio de 2007 cancela con excepción del ramo de responsabilidad civil, todos los ramos cuya explotación tiene autorizada, esto es, los de automóviles, SOAT, cumplimiento, incendio, terremoto, sustracción, transporte, corriente débil, todo riesgo contratista, manejo, lucro cesante, montaje y rotura de maquinaria, aviación, navegación y casco, minas y petróleos, vidrios, semovientes y desempleo.

Resolución S.F.C. No 0699 del 07 de mayo de 2014 ramo de seguro de cumplimiento

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL (E)**

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



**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL E & O**



CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C. DIRECCIÓN GENERAL TELÉFONO 7463219 CL 94 No. 11 - 30 PISO 4

NIT.: 860.002.527 - 9
www.nacionaldeseguros.com.co

REFERENCIA	SUCURSAL	CÓD. SUCURSAL	CÓD. PUNTO DE VENTA	RAMO	No. PÓLIZA	ANEXO
	BOGOTÁ D.C.	11		15	400019497	0
FECHA EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO	HOJA
Día - Mes - Año 23 / 8 / 2019	Día - Mes - Año 4 / 8 / 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 / 8 / 2020	Horas 00:00	EXPEDICIÓN	1

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO	
NOMBRE CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI	NIT 900.210.981 - 6
DIRECCIÓN CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO 4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO	
ASEGURADO CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI	NIT 900.210.981 - 6 TELÉFONO 4877070
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000 - 0 TELÉFONO 0

OBJETO DEL SEGURO
Tomador: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD Asegurado: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD Interés: Responsabilidad Civil Profesional Médica.

AMPAROS	SUBLIMITE POR EVENTO	SUBLIMITE POR VIGENCIA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.500.000.000,00	1.500.000.000,00	1.500.000.000,00	310.000.000,00
GASTOS LEGALES	50.000.000,00	125.000.000,00	125.000.000,00	0,00

DEDUCIBLES	
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	10.00 POR CIENTO DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 100,000,000.00 PESOS

VALOR PRIMA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO
\$ 310.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 310.000.000,00	(Día - Mes - Año) 23/08/2019

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR ASEGURADO EN LETRAS
\$ 0,00	

INTERMEDIARIO			COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	%	NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	VALOR ASEGURADO
AON COLOMBIA S.A. CORREDORES DE SEGUROS	2031	100,00	CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.	50,00	0,00

FIRMA AUTORIZADA
NACIONAL DE SEGUROS S.A.
IVA REGIMEN COMUN- ACTIVIDAD ECONOMICA 6511
TARIFA ICA 11.04/1000



B6B7E555

FIRMA TOMADOR

CANALES DE ATENCIÓN:
Calle 94 # 11-30 Piso 4.
(057 1) 746 3219
informacion@nacionaldeseguros.com.co
www.nacionaldeseguros.com.co

Pague en línea en:
www.nacionaldeseguros.com.co



PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO:
Defensor principal: Liliana Otero
Defensor suplente: Sara Garcés
Calle 62 # 9A-80 Of: 817 Ed. Lourdes Center / Bogotá D.C.
(057 1) 217 4707
defensornacionaldeseguros@umoabogados.com

Nacional de Seguros S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

USUARIO: BACOSTA

SUC.	RAMO	POLIZA No.
11	15	400019497

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS
ANEXO NÚMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARÁTULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERÁN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL :	\$	310.000.000,00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA :	\$	0
FORMA DE PAGO CONVENIDA :		CONTADO 30 DÍAS

PLAN DE PAGOS

FECHA DE PAGO	VALOR DE LA PRIMA SEGUN CONVENIO
23/08/2019	\$ 310.000.000,00

SEGÚN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCIÓN CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O FRACCIÓN CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA (30) TREINTA DÍAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

SE FIRMA EN BOGOTÁ, D.C. EN AGOSTO 23 DE 2.019

 NACIONAL DE SEGUROS S.A.



No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400019497	0	BOGOTÁ D.C.	Día - Mes - Año 23 8 2019	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO
Día - Mes - Año 4 8 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 8 2020	Horas 00:00	EXPEDICIÓN

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO	
NOMBRE CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI	NIT 900.210.981 - 6
DIRECCIÓN CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO 4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO			
ASEGURADO CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI	NIT 900.210.981 - 6	TELÉFONO 4877070	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS	NIT 000.000.000 - 0	TELÉFONO 0	

OBJETO DE LA POLIZA:

Delimitación Territorial: Colombia
 Jurisdicción: Colombia
 Modalidad de Cobertura: Claims Made
 Retroactividad: 1 de mayo de 2008
 Fecha de Antigüedad: 4 de Agosto de 2019

Limite Asegurado: Cop \$3.000.000.000
 Deducible: 10% mínimo COP \$100.000.000 de todos y cada uno de los reclamos

Cobertura Básica: Cobertura de Responsabilidad Civil Para Instituciones Médicas

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Básicas:

- Cobertura para cirugías reconstructivas.: 100%
- Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento: 100%
- Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina: 100%
- Cobertura para daños extrapatrimoniales: 100%
- Cobertura de responsabilidad civil extracontractual PLO: 100%

Exclusiones Adicionales:

El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a

Actos médicos respecto de cirugías bariátricas.

Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas medicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.

Exclusión de Conducta Sexual

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR



DIRECCIÓN GENERAL CL 94 No. 11 - 30 PISO 4
 TELÉFONO 7463219



www.nacionaldeseguros.com.co

No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400019497	0	BOGOTÁ D.C.	Día - Mes - Año 23 8 2019	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO
Día - Mes - Año 4 8 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 8 2020	Horas 00:00	EXPEDICIÓN

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO					
NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI			NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO	4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO						
ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI		NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO	4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO	0

RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación.

Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.

Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

Condiciones Adicionales:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.

Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza

Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 1 de mayo de 2008.

Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Fecha de inicio de vigencia con CHUBB SEGUROS.

Gastos Legales. Sublímite COP \$100.000.000 evento, COP \$250.000.000 en el agregado anual.

Se incluye como asegurado adicional a NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA E.P.S. S.A. única y exclusivamente en lo relacionado al contrato suscrito con NUEVA EPS.

PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses

Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.

Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043 - 17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

Anexo 7 – Responsabilidad civil extracontractual (PLO)

De acuerdo a lo establecido en el Anexo 1 de la presente póliza.

***** FIN PÓLIZA *****



VERIFICA TU POLIZA
AQUI



PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL RC PROFESIONAL ERRORES Y OMISIONES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN
BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN GENERAL
TELÉFONO

CL 94 No. 11 - 30 PISO 4
(601) 7463219



NIT.: 860.002.527-9
www.nacionaldeseguros.com.co

REFERENCIA	SUCURSAL	CÓD. SUCURSAL	CÓD. PUNTO DE VENTA	RAMO	No. PÓLIZA	ANEXO
75792	BOGOTÁ D.C.	11		15	400019497	1
FECHA EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE	A LAS Horas	VIGENCIA HASTA	A LAS Horas	TIPO DE MOVIMIENTO	HOJA
Día - Mes - Año	Día - Mes - Año		Día - Mes - Año	Horas		
20 / 11 / 2019	4 / 8 / 2019	00:00	4 / 8 / 2020	00:00	MODIFICACIÓN	1

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI	NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI	NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO	4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO	1000000

AMPAROS	SUBLIMITE POR EVENTO	SUBLIMITE POR VIGENCIA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.500.000.000,00	1.500.000.000,00	1.500.000.000,00	0,00
GASTOS LEGALES	50.000.000,00	125.000.000,00	125.000.000,00	0,00

DEDUCIBLES

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL 10.00 POR CIENTO DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 100000000.00 PESOS PARA TODA Y CADA PERDIDA

VALOR PRIMA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO
\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	Día - Mes - Año 04/09/2019

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR ASEGURADO EN LETRAS
\$ 0,00	

INTERMEDIARIO			COASEGURO ACEPTADO		
NOMBRE	CLAVE	%	NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	VALOR ASEGURADO
AON COLOMBIA SA CORREDORES DE SEGUROS	2031	100,00	CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.	50,00	0,00

D. Quijano



FIRMA AUTORIZADA
NACIONAL DE SEGUROS S.A.
IVA REGIMEN COMUN- ACTIVIDAD ECONOMICA 6511
TARIFA ICA 11.04/1000

FIRMA TOMADOR

CANALES DE ATENCIÓN:
Calle 94 # 11-30 Piso 4.
(057 1) 746 3219
informacion@nacionaldeseguros.com.co
www.nacionaldeseguros.com.co

Pague en línea en:
www.nacionaldeseguros.com.co



PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO:
Defensor principal: Liliana Otero
Defensor suplente: Iván Darío Amaya
Cra. 13 # 73-34 Ed. Catania. Of. 202 / Bogotá D.C.
(601) 926 0801
defensornacionaldeseguros@umoabogados.com

Nacional de Seguros S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

BACOSTA

No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400019497	1	BOGOTÁ D.C.	Día - Mes - Año 20 11 2019	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO
Día - Mes - Año 4 8 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 8 2020	Horas 00:00	MODIFICACIÓN

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO					
NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI			NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO	4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO						
ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI		NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO	4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO	1000000

Por medio del presente endoso se aclara que el deducible de la presente póliza es de 12,5% del valor de la pérdida mínimo COP\$100.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

Tomador: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
 Asegurado: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
 Interés: Responsabilidad Civil Profesional Médica.
 Delimitación Territorial: Colombia
 Jurisdicción: Colombia
 Modalidad de Cobertura: Claims Made
 Retroactividad: 1 de mayo de 2008
 Fecha de Antigüedad: 4 de Agosto de 2019

Limite Asegurado: Cop \$3.000.000.000
 Deducible: 10% mínimo COP \$100.000.000 de todos y cada uno de los reclamos

Cobertura Básica: Cobertura de Responsabilidad Civil Para Instituciones Médicas

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Básicas:
 Cobertura para cirugías reconstructivas.: 100%
 Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento: 100%
 Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina: 100%
 Cobertura para daños extrapatrimoniales: 100%
 Cobertura de responsabilidad civil extracontractual PLO: 100%

Exclusiones Adicionales:
 El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a

Actos médicos respecto de cirugías bariátricas.
 Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas medicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.

DIRECCIÓN GENERAL CL 94 No. 11 - 30 PISO 4
 TELÉFONO 7463219

www.nacionaldeseguros.com.co

No. PÓLIZA	ANEXO		SUCURSAL		FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400019497	1		BOGOTÁ D.C.		Día - Mes - Año 20 11 2019	BOGOTÁ, D.C.
VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO		
Día - Mes - Año 4 8 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 8 2020	Horas 00:00	MODIFICACIÓN		
DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO						
NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI				NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL				TELÉFONO	4877070
DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO						
ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI			NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO 4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO 1000000

Exclusión de Conducta Sexual

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación.

Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.

Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

Condiciones Adicionales:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.

Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza

Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 1 de mayo de 2008.

Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Fecha de inicio de vigencia con CHUBB SEGUROS.

Gastos Legales. Sublímite COP \$100.000.000 evento, COP \$250.000.000 en el agregado anual.

Se incluye como asegurado adicional a NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA E.P.S. S.A. única y exclusivamente en lo relacionado al contrato suscrito con NUEVA EPS.

PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses

Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.

Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043 - 17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

Anexo 7 – Responsabilidad civil extracontractual (PLO)

De acuerdo a lo establecido en el Anexo 1 de la presente póliza.

OBJETO DE LA POLIZA:

.

***** FIN PÓLIZA *****

SUC.	RAMO	POLIZA No.
11	15	400019497

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS
ANEXO NÚMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARÁTULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERÁN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL :	\$	0,00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA :	\$	0
FORMA DE PAGO CONVENIDA :		CONTADO

PLAN DE PAGOS

FECHA DE PAGO	VALOR DE LA PRIMA SEGUN CONVENIO
04/09/2019	\$ 0,00

SEGÚN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCIÓN CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O FRACCIÓN CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA (30) TREINTA DÍAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

SE FIRMA EN BOGOTÁ, D.C. EN NOVIEMBRE 20 DE 2.019



 NACIONAL DE SEGUROS S.A.

VERIFICA TU POLIZA
AQUI



**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
RC PROFESIONAL ERRORES Y OMISIONES**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN
BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN GENERAL
TELÉFONO

CL 94 No. 11 - 30 PISO 4
(601) 7463219



NIT.: 860.002.527-9
www.nacionaldeseguros.com.co

REFERENCIA	SUCURSAL	CÓD. SUCURSAL	CÓD. PUNTO DE VENTA	RAMO	No. PÓLIZA	ANEXO
111923	BOGOTÁ D.C.	11		15	400019497	2
FECHA EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE	A LAS Horas	VIGENCIA HASTA	A LAS Horas	TIPO DE MOVIMIENTO	HOJA
Día - Mes - Año	Día - Mes - Año		Día - Mes - Año	Horas		
29 / 11 / 2021	4 / 8 / 2019	00:00	4 / 8 / 2020	00:00	MODIFICACIÓN	1

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO

NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI	NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI	NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO	4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO	1000000

AMPAROS	SUBLIMITE POR EVENTO	SUBLIMITE POR VIGENCIA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	1.500.000.000,00	1.500.000.000,00	1.500.000.000,00	0,00
GASTOS LEGALES	50.000.000,00	125.000.000,00	125.000.000,00	0,00

DEDUCIBLES

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	10,00 POR CIENTO DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 100000000,00 PESOS
-----------------------------------	--

VALOR PRIMA	GASTOS	IVA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO
\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	Día - Mes - Año 27/11/2021

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR ASEGURADO EN LETRAS
\$ 1.500.000.000,00	MIL QUINIENTOS MILLONES PESOS

INTERMEDIARIO			COASEGURO ACEPTADO		
NOMBRE	CLAVE	%	NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	VALOR ASEGURADO
AON COLOMBIA SA CORREDORES DE SEGUROS	2031	100,00	CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.	50,00	1.500.000.000,00

D. Quijano

FIRMA AUTORIZADA
NACIONAL DE SEGUROS S.A.
IVA REGIMEN COMUN- ACTIVIDAD ECONOMICA 6511
TARIFA ICA 11.04/1000

FIRMA TOMADOR



CANALES DE ATENCIÓN:
Calle 94 # 11-30 Piso 4.
(057 1) 746 3219
informacion@nacionaldeseguros.com.co
www.nacionaldeseguros.com.co

Pague en línea en:
www.nacionaldeseguros.com.co



PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO:
Defensor principal: Liliana Otero
Defensor suplente: Iván Darío Amaya
Cra. 13 # 73-34 Ed. Catania. Of. 202 / Bogotá D.C.
(601) 926 0801
defensornacionaldeseguros@umoabogados.com

Nacional de Seguros S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

PTORRES

No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400019497	2	BOGOTÁ D.C.	Día - Mes - Año 29 11 2021	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO
Día - Mes - Año 4 8 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 8 2020	Horas 00:00	MODIFICACIÓN

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO					
NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI			NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO	4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO						
ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI		NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO	4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO	1000000

ANEXO 2:

Mediante el presente anexo se aclara que el valor asegurado de la póliza es \$1.500.000.000.

Los demás términos y condiciones no modificados continúan vigentes.

ANEXO 1:

Por medio del presente endoso se aclara que el deducible de la presente póliza es de 12,5% del valor de la pérdida mínimo COP\$100.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

Tomador: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
 Asegurado: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
 Interés: Responsabilidad Civil Profesional Médica.
 Delimitación Territorial: Colombia
 Jurisdicción: Colombia
 Modalidad de Cobertura: Claims Made
 Retroactividad: 1 de mayo de 2008
 Fecha de Antigüedad: 4 de Agosto de 2019

Limite Asegurado: Cop \$3.000.000.000
 Deducible: 10% mínimo COP \$100.000.000 de todos y cada uno de los reclamos

Cobertura Básica: Cobertura de Responsabilidad Civil Para Instituciones Médicas

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Básicas:

- Cobertura para cirugías reconstructivas.: 100%
- Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento: 100%
- Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina: 100%
- Cobertura para daños extrapatrimoniales: 100%
- Cobertura de responsabilidad civil extracontractual PLO: 100%

No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400019497	2	BOGOTÁ D.C.	Día - Mes - Año 29 11 2021	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO
Día - Mes - Año 4 8 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 8 2020	Horas 00:00	MODIFICACIÓN

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO					
NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI			NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO	4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO						
ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI		NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO	4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO	1000000

Exclusiones Adicionales:

El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a

Actos médicos respecto de cirugías bariátricas.

Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas medicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.

Exclusión de Conducta Sexual

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación.

Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.

Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

Condiciones Adicionales:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.

Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza

Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 1 de mayo de 2008.

Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Fecha de inicio de vigencia con CHUBB SEGUROS.

Gastos Legales. Sublímite COP \$100.000.000 evento, COP \$250.000.000 en el agregado anual.

Se incluye como asegurado adicional a NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA E.P.S. S.A. única y exclusivamente en lo relacionado al contrato suscrito con NUEVA EPS.

PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses

Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.

Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043 - 17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

Anexo 7 – Responsabilidad civil extracontractual (PLO)

De acuerdo a lo establecido en el Anexo 1 de la presente póliza.

ANEXO 0:

No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400019497	2	BOGOTÁ D.C.	Día - Mes - Año 29 11 2021	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO
Día - Mes - Año 4 8 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 8 2020	Horas 00:00	MODIFICACIÓN

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO					
NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI			NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO	4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO						
ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI		NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO	4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO	1000000

Tomador: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
 Asegurado: CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
 Interés: Responsabilidad Civil Profesional Médica.
 Delimitación Territorial: Colombia
 Jurisdicción: Colombia
 Modalidad de Cobertura: Claims Made
 Retroactividad: 1 de mayo de 2008
 Fecha de Antigüedad: 4 de Agosto de 2019

Limite Asegurado: Cop \$3.000.000.000
 Deducible: 10% mínimo COP \$100.000.000 de todos y cada uno de los reclamos

Cobertura Básica: Cobertura de Responsabilidad Civil Para Instituciones Médicas

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Básicas:

- Cobertura para cirugías reconstructivas.: 100%
- Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento: 100%
- Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina: 100%
- Cobertura para daños extrapatrimoniales: 100%
- Cobertura de responsabilidad civil extracontractual PLO: 100%

Exclusiones Adicionales:

El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a

Actos médicos respecto de cirugías bariátricas.

Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas medicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.

Exclusión de Conducta Sexual

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual,

DIRECCIÓN GENERAL CL 94 No. 11 - 30 PISO 4
 TELÉFONO 7463219

www.nacionaldeseguros.com.co

No. PÓLIZA	ANEXO	SUCURSAL	FECHA SOLICITUD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
400019497	2	BOGOTÁ D.C.	Día - Mes - Año 29 11 2021	BOGOTÁ, D.C.

VIGENCIA DESDE	A LAS	VIGENCIA HASTA	A LAS	TIPO DE MOVIMIENTO
Día - Mes - Año 4 8 2019	Horas 00:00	Día - Mes - Año 4 8 2020	Horas 00:00	MODIFICACIÓN

DATOS DEL TOMADOR / AFIANZADO					
NOMBRE	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI			NIT	900.210.981 - 6
DIRECCIÓN	CALLE 24 NO. 29-45, BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO	4877070

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO						
ASEGURADO	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, MEDERI		NIT	900.210.981 - 6	TELÉFONO	4877070
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	000.000.000 - 0	TELÉFONO	1000000

acoso sexual o discriminación.

Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.

Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

Condiciones Adicionales:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.

Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza

Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 1 de mayo de 2008.

Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Fecha de inicio de vigencia con CHUBB SEGUROS.

Gastos Legales. Sublímite COP \$100.000.000 evento, COP \$250.000.000 en el agregado anual.

Se incluye como asegurado adicional a NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA E.P.S. S.A. única y exclusivamente en lo relacionado al contrato suscrito con NUEVA EPS.

PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses

Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.

Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043 - 17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

Anexo 7 – Responsabilidad civil extracontractual (PLO)

De acuerdo a lo establecido en el Anexo 1 de la presente póliza.

OBJETO DE LA POLIZA:

***** FIN PÓLIZA *****

SUC.	RAMO	POLIZA No.
11	15	400019497

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS
ANEXO NÚMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARÁTULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERÁN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL :	\$	0,00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA :	\$	0
FORMA DE PAGO CONVENIDA :		CONTADO

PLAN DE PAGOS

FECHA DE PAGO	VALOR DE LA PRIMA SEGUN CONVENIO
27/11/2021	\$ 0,00

SEGÚN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCIÓN CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O FRACCIÓN CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA (30) TREINTA DÍAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

SE FIRMA EN BOGOTÁ, D.C. EN NOVIEMBRE 29 DE 2.021



 NACIONAL DE SEGUROS S.A.