

CUADERNO PRINCIPAL

Clase de Proceso:

VERBAL

Demandante(s):

WENDY CENETH QUINTERO PEREZ

Demandado(s):

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

Radicado No.

11001310302520230007200

CONTESTACION LLAMAMIENTO CHUBB SEGUROS-

Póliza Ant.:

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia
12 RESPONSABILIDAD	02 Renovacion	55062	0	12005506200000
Sucursal	Vigencia del Seguro	Fecha de Emisión		
03 BOGOTA	Año Mes Día Hora Desde 2022 04 16 00 Hasta 2023 04 15 24	Año Mes Día 2022 05 02		
Tomador	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	C.C. O NIT	8600135703	
Dirección	AV CR 68 NO. 90-88	Ciudad	BOGOTA	
Asegurado	VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES	C.C. O NIT	30	
Dirección	.	Ciudad	.	
Beneficiario	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT	11111	
Dirección	ND	Ciudad	-	
Intermediario	30001 NEGOCIOS DIRECTOS			

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

RENUOVA POLIZA NR0. 0049367

SE RENUOVA LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER.

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax: (57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>

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

La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Valor Prima Gravada	938.000.000,00 \$COP
Valor Prima No Gravada	0,00 \$COP
Valor I.V.A.	178.220.000,00 \$COP
Total Prima	938.000.000,00 \$COP
Gastos de Expedición	0,00 \$COP
I.V.A. Gastos Expedición	0,00 \$COP
Total Otros Pagos	0,00 \$COP
Total a Pagar	1.116.220.000,00 \$COP

[Firma]

CLIENTE

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

Referencia de Pago
12005506200000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

Tomador CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM

☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025

☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807

☐ Grupo Éxito, Almacenes Éxito, Carulla, Surtimax y Super Inter

☐ Davivienda Cta Cte 516990066

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web www.chubb.com.co

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Forma de Pago	
Efectivo	\$
Cheque Cod Bco	\$
Cheque Cod Bco	\$
Total a pagar	\$



415770999800062980201200550620000039000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)12005506200000(3900)0000000000(96)00000000

ROB001

ENTIDAD BANCARIA

PÓLIZA No. 12/0055062	ANEXO No. 0	PAG. No. 1
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM		

CONDICIONES PARTICULARES ELITE - MÉDICA

Tomador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
 Asegurado: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
 Vigencia: Abril 16 de 2022 a las 00:00 horas – Abril 15 de 2023 a las 24:00 horas
 Interes: Responsabilidad Civil Profesional Médica.
 Delimitación Territorial: Colombia
 Jurisdicción: Colombia
 Modalidad de Cobertura: Claims Made
 Retroactividad: 31 de Diciembre de 2009
 Fecha de Antigüedad: 01 de Marzo 2020

Condiciones Económicas

Límite Asegurado por evento y en el agregado anual	Deducible	Prima anual Antes de Iva
Cop \$9.000.000.000	10% del valor de la pérdida mínimo COP \$100.000.000 por toda y cada reclamación	COP \$938.000.000

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

Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	Sublímite
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%

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0055062	0	2
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM		

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 presentados por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, 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.

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.

Exclusión de Coronavirus – Incumplimiento en seguimiento de Protocolos

El Asegurador no será responsable de realizar ningún pago por Reclamación o daños bajo esta póliza causado directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:

- (i) el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
 - a. un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
 - b. la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
- (ii) el Asegurado incumple o falla en la implementación de un plan de administración o gestión de crisis que aborde los pasos mencionados anteriormente; o
- (iii) el Asegurado:
 - a. Falla en la divulgación y evaluación adecuada de los protocolos de manera constante de;
 - b. Realiza declaraciones falsas y/o engañosas en relación con; o
 - c. No adopta las medidas adecuadas para mitigar el riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado para el desempeño financiero de la Entidad Tomadora.

Para propósitos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:

- 1. Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
- 2. Neumonía atípica o cualquier cepa de la misma;

Los demás términos y condiciones de la póliza permanecen sin cambios.

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

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0055062	0	3
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM		

Se aclara que los empleados serán considerados terceros siempre y cuando se encuentren en calidad de usuarios o pacientes de los servicios prestados por el Asegurado.

Ampliación de aviso de siniestro a Treinta (30) días

Se cubren los Actos Medicos Erroneos en la prestacion de Servicios Profesionales del Asegurado por las decisiones médicas tomadas en los comités celebrados periódicamente con participación de médicos respecto a pacientes atendidos en los centros de prestación para decisiones con relación al tratamiento y/o diagnóstico del paciente de acuerdo con los términos, condiciones y exclusiones de la póliza.

Se cubren las Reclamaciones a consecuencia de la prestación de Servicios Profesionales realizados por el Asegurado en el domicilio del paciente.

Se cubren los Actos Médicos Erróneos y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los Servicios Profesionales.

La presente póliza será válida solamente en los casos en los que los Daños Corporales hayan sido causados por el Asegurado y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente Póliza mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando Servicios Profesionales al paciente. Mediante la presente extension de cobertura se elimina la exclusión 3.31.

Se otorga sublímite de \$150.000.000 por evento y COP \$400.000.000 en el agregado anual para ll entrega de medicamentos por el personal calificado de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza.

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

Transporte de Pacientes en Ambulancias y/o aeronaves

Mediante la contratación de este Anexo y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la Póliza, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las Reclamaciones a consecuencia del transporte de pacientes en ambulancias y/o aeronaves.

La presente póliza será válida y efectiva solamente en los casos de que el transporte sea realizado por el propio Asegurado o por una empresa especializada contratada específicamente para esta finalidad, siempre y cuando exista la presencia de un Prestador de Servicios Profesionales debidamente instruido y autorizado para la atención médica de emergencias.

Se excluye de manera absoluta cualquier incidente relacionado con un accidente de tránsito sufrido por el vehículo que realiza el transporte.

Mediante el presente Endoso se elimina la exclusión 3.30

Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.

Por medio de la presente cláusula se extiende la cobertura para las entidades jurídicas cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud, siempre y cuando estén al servicio exclusivo de CAFAM bajo la figura de contratistas . Esta cobertura opera en exceso de las pólizas primarias de Responsabilidad Civil Médica que cada entidad tenga contratada.

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: 31 de Diciembre de 2009

Fecha de Reconocimiento de antigüedad: 01 de Marzo de 2020

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0055062	0	4
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM		

Las partes (Tomador y Asegurado) acuerdan que cualquier controversia que se suscite entre ellas con ocasión de la celebración, ejecución de las obligaciones nacidas del contrato de seguros y terminación del mismo, será dirimida por un tribunal de arbitramento, el cual estará integrado por tres árbitros designados de común acuerdo por las partes, o en su defecto, por árbitros inscritos en la lista del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá. El arbitraje será en derecho y se sujetará a la normatividad jurídica vigente. Las partes fijan como domicilio la ciudad de Bogotá y como sede, el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de la misma. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la cláusula compromisoria no podría ser invocada por la compañía en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al asegurado ante cualquier jurisdicción y este a su vez llame en garantía a la Compañía. No obstante lo convenido en la presente cláusula, las partes acuerdan que la presente condición no podrá ser invocada por el asegurador en aquellos casos en los cuales un tercero demande ante cualquier jurisdicción y este a su vez llame en garantía a la aseguradora

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 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-0001 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGO41

Participación CHUBB: 100% de la anterior Suma Asegurada y prima
Términos de Pago de Prima: 50% del valor del programa pagadero en cuatro cuotas durante el año 2022 y el otro 50% del valor del programa en 2 cuotas durante los meses de enero y febrero de 2023.

Nota 1:

CHUBB SEGUROS es una subsidiaria de una casa matriz de EE.UU. y CHUBB Limited, una empresa que cotiza en la Bolsa de Nueva York. Por consiguiente, CHUBB SEGUROS está sujeta a ciertas leyes y regulaciones de Estados Unidos [además de las restricciones de sanciones de la Unión Europea, las Naciones Unidas y nacionales] que pueden prohibirle la prestación de cobertura o el pago de reclamaciones a determinadas personas entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Contacto

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Nit. 860.026.518-6

Carrera 7 No. 71-21, Torre B Piso 7

A.A. 29782

571 326-6200 Tels

Bogotá D.C., Colombia



ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I

14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCH UBBSEGo41

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

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**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO LA ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL **ASEGURADO**, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

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:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

- I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA
- II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

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.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** 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.

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.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES**.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECÍFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, O CONMOCIÓN CIVIL, LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II. CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESIÓN, ESTRAGO O INTERRUPCIÓN O COMISIÓN DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONÓMICOS, ÉTNICOS, NACIONALISTAS, POLÍTICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASÍ COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASÍ COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE .

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

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.

3.34. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.35. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO, DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

- A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.
- B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.
- C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,
- D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.37 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

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 de l **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.

5. DEDUCIBLE

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**

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Periodo Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Periodo Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

- I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que e la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la

Reclamación, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** distribuirán dicho **Daño** y **Gastos Legales** en la misma proporción en la que se distribuya la responsabilidad legal de las partes.

Cualquier distribución o anticipo de **Gastos Legales** en relación con una **Reclamación** no creará presunción alguna respecto a la distribución de otro **Daño** originado por dicha **Reclamación**.

Si **Asegurado** y **Asegurador** no logren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** suministrará los **Gastos Legales** que considere razonablemente cubiertos bajo la póliza hasta que se acuerde o se determine una distribución diferente. Una vez acordada o determinada la distribución de **Gastos Legales**, estos serán aplicados de manera retroactiva a todos los **Gastos Legales** ya incurridos en relación con dicha **Reclamación**.

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como “no renovación” y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier **Reclamación** **presentada** durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este período serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último **Periodo Contractual**, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida

en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los con tratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;
- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

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

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

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente. Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el

Asegurado deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada(o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCION APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACION TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACION

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente

contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

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 aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)
- e) 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.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta póliza de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a,

humos, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

- a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.
- b. Daños punitivos y ejemplarizantes.
- c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,
- d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red

- b. Uso no autorizado de una red informática
- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

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.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

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 de claración 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.

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.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico

Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.

PBX: (+57) 601 6108161 / (+57) 601 6108164

Fax: (+57) 601 6108164

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com

Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

Para tu facilidad y conveniencia tienes las siguientes alternativas para descargar tu factura electrónica



Es muy sencillo...

OPCIÓN 1

A través de nuestro portal **www.chubb.com.co**



OPCIÓN 2

A través de nuestra plataforma **iChubb**



Ingresando al enlace donde hoy descargas la póliza, también encontrarás la factura electrónica.

OPCIÓN 3

A través de la plataforma del **CEN Financiero** de nuestro proveedor aliado de facturación electrónica.



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González Consumidor. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (+57) 601 6108161 Fax: (+57) 601 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>.

© 2020 Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Medellín, 29 de enero de 2024

Señores

Juzgado 25° Civil del Circuito de Bogotá

E. S. D.

Proceso: Verbal
Demandante: Wendy Ceneth Quintero Pérez
Demandado: IPS Cafam
Radicado: 11001310302520230007200

Asunto: Contestación al llamamiento en garantía

Esteban Escobar Aristizábal abogado identificado con la C.C. 1.037.667.404, portador de la T.P. 377.692 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrito de la sociedad de servicios jurídicos **RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.**, apoderado judicial de **Chubb Seguros Colombia S.A. (en adelante Chubb)**, de conformidad con el poder que ya obra en el expediente, mediante el presente escrito me permito dar respuesta a la demanda subsanada promovida por la señora **Wendy Ceneth Quintero Pérez** en contra de **IPS Cafam**, y el llamamiento en garantía que formula **IPS Cafam** en contra de **Chubb**, en los siguientes términos:

SECCIÓN I: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA SUBSANADA

I. A los hechos que fundamentan la demanda

AI PRIMERO. A la entidad que represento no le consta lo consignado en este numeral, toda vez que la actividad médica es completamente ajena al objeto social de la entidad que represento. En consecuencia, en este aspecto, la carga de la prueba de los hechos les asiste a los demandantes, por lo tanto esta aseguradora se atiene a lo que encuentre probado el Despacho.

En todo caso, al revisar la información que reposa en el plenario, en concreto de la historia clínica de la paciente, al parecer es cierto que la señora Wendy Ceneth ingresa al servicio médico de la Clínica Cafam Santa Barbara el 12 de abril de 2022.

AI SEGUNDO. Los síntomas que según la parte actora sufrió la señora Wendy Ceneth antes de ingresar al servicio médico en la noche del 11 de abril de 2022, son completamente ajenos a Chubb, dado que (i) la actividad médica es desconocida para el objeto social de esta aseguradora y (ii) dado que esta entidad no participó de ninguna manera en el servicio de atención del parto y de la actividad uterina de la paciente Quintero Pérez. Al respecto esta entidad se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI TERCERO. No le consta lo consignado en este numeral a Chubb. En efecto, se relaciona información de gestación que es completamente ajena a esta entidad, y por tanto es carga de los demandantes acreditar que en efecto la señora Quintero Pérez para el momento de la atención contaba con 38,5 semanas de gestación.

AI CUARTO. Lo consignado en este numeral no le consta a Chubb, puesto que la actividad médica es ajena a la esfera de acción y jurídica de esta aseguradora. Sin perjuicio de lo anterior, si se revisa la información que compone el plenario al parecer es cierto que la paciente ingresa y es hospitalizada al servicio médico, tomándose una decisión adecuada para monitorizar el estado de parto, la actividad uterina y el bienestar de la madre y del feto.

AI QUINTO. No le consta a Chubb las consignaciones que se realizan en este numeral en relación con el parto de la señora Wendy Ceneth, toda vez que la actividad médica es ajena al objeto social de Chubb. Al respecto me atengo al ejercicio de la carga probatoria a cargo de la parte demandante y a lo que se encuentre probado por el Despacho.

AI SEXTO. No le consta a Chubb las condiciones del parto de la señora Wendy Ceneth, por cuanto tales circunstancias se tratan de situaciones completamente ajenas a la aseguradora que represento. Dado lo anterior, es carga de la parte demandante acreditar el tipo de parto de la paciente, así como relevancia dentro del proceso.

Sin embargo, en los soportes y de la historia clínica, se encuentra que en efecto el nacimiento es con fecha del 13 de abril de 2022, a las 10: 31, procedimiento de nacimiento que al parecer es llevado a buen término por la entidad asegurada.

AI SÉPTIMO. Las decisiones que haya tomado la paciente, así como las indicaciones que haya realizado al equipo médico, no le constan a Chubb, toda vez que se relatan situaciones ajenas a esta entidad en las que no existe constancia de participación o injerencia por parte de esta entidad en la práctica de dicha intervención. Al respecto la entidad que represento se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI OCTAVO. Lo relatado en este numeral sobre la intervención de Pomeroy el 14 de abril de 2022, no le consta a la entidad que represento. Al respecto, se anota que la actividad médica es completamente ajena a la entidad que represento y al objeto social de esta aseguradora, por lo que la descripción del ingreso a sala de cirugía y la realización de esta operación es completamente desconocida para Chubb. Al respecto, la carga de la prueba de los hechos les asiste a los demandantes y en consecuencia me atengo a lo que se considere probado por parte del Despacho.

Sin perjuicio de lo anterior, al revisar los soportes y la historia clínica, se desprende que es cierto que en dicha fecha la paciente ingresa a sala de cirugías para la realización de intervención de Pomeroy por el Dr. Camilo Alberto Quintero Loaiza.

AI NOVENO. No le consta a Chubb las afirmaciones que realiza la parte demandante en este numeral, dado que se trata de manifestaciones subjetivas e interpretaciones sobre la atención médica de la señora Wendy Ceneth, lo cual es completamente ajeno a la entidad que represento. De esta manera, la entidad que represento se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y lo que encuentre probado el Despacho.

En todo caso, para lo indicado por la parte demandante en este numeral, es menester aclarar que de conformidad con el soporte documental del proceso, no existe constancia de que se hayan presentado complicaciones, pero en un ejercicio

adecuado y prudente por parte del asegurado, se evidencia que posteriormente la paciente fue trasladada para recuperación y monitoreo de la madre y del menor.

AI DÉCIMO. No le consta a la entidad que represento lo consignado en este numeral, puesto que se trata de la descripción de atenciones médicas ajenas a la entidad que represento. Al respecto, Chubb se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y a lo que encuentre probado el Despacho.

Sin perjuicio de lo anterior, al revisar la información que reposa en el plenario, se desprende que es cierto que en efecto el equipo médico a cargo de la atención deja a la paciente y al menor en evolución para monitorear su salud, medida a todas luces adecuada y pertinente, dada la prudencia del equipo médico de la asegurada para conservar la salud de los pacientes.

AI DÉCIMO PRIMERO. Lo consignado en este numeral por los demandantes, no le constan a la entidad que represento dado que no es una situación en la que haya participado esta aseguradora. De esta manera, en relación con los supuestos dolores abdominales, la entidad que represento se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI DÉCIMO SEGUNDO. Lo consignado en este numeral, no le consta a Chubb en la medida que no existe injerencia o participación por parte de esta aseguradora en los hechos relatados para el 15 de abril de 2022 en los que presuntamente la paciente sufre dolor abdominal y distensión. Al respecto, esta entidad se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes.

Sin perjuicio de lo anterior, al revisar la información que reposa en el plenario, se evidencia que en efecto para esta fecha la paciente sufre dolor abdominal, sin embargo, estos son debidamente abordados por la clínica asegurada, quienes, dados estos nuevos síntomas, ordenan nuevos exámenes médicos en los que se evidencia que no hay irritación peritoneal, hemograma sin anemia, ni leucocitosis, explicando que la distensión puede haberse debido a gas intrabdominal y se decide descartar foco infeccioso urinario como causa de taquicardia, medidas que a todas luces implican una atención adecuada y pertinente, dado que el equipo médico se encontraba al pendiente de la condición de la paciente. Veamos:

PACIENTE EN POSTOPERATORIO DE POMEROY DEL DIA DE AYER, POSTPARTO VAGINAL NORMAL DIA 2, QUIEN PRESENTA EN MAÑANA EPISODIO DE DOLOR ABDOMINAL, DISTENSION, QUE MEJORA CON ANALGESIA FORMULADA, AL EXAMEN FISICO TAQUICARDIA IMPORTANTE, SIN HIPOTENSION, AUN CON DISTENSION ABDOMINAL QUE PUEDE SER SECUNDARIA A GAS INTRAABDOMINAL POR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, CON MEJORIA MARCADA DE DOLOR, HEMOGRAMA ACTUAL SIN ANEMIA, NI LEUCOCITOSIS, NO DESCENSO DE HEMOGLOBINA CON RESPECTO A HEMOGRAMA DE INGRESO, SE CONSIDERA POR TAQUICARDIA IMPORTANTE DESCARTAR FOCO INFECCIOSO URINARIO CON TOMA DE UROANALISIS Y GRAM DE ORINA CON Sonda AHORA, BOLO DE CRISTALOIDES. SE CONTINUA VIGILANCIA. YA TIENE ENOXAPARINA.

AI DÉCIMO TERCERO. No le consta a Chubb lo consignado en este numeral. En efecto, al tratarse de atenciones médicas ajenas a la esfera de acción de Chubb, los pormenores de la atención el 15 de abril de 2022 son completamente desconocidos para Chubb. Al respecto, esta entidad se atiene a lo que encuentre probado el Despacho, según el valor probatorio que le otorgue a la historia clínica.

En todo caso, al revisar las notas de dicha fecha, se denota que en efecto para el 15 de abril de 2022, al parecer es cierto que la sintomatología de la señora Quintero Pérez cambia, situación entonces que es abordada por el equipo médico de la asegurada, quienes, en consecuencia, toman la decisión de tomar nuevos paraclínicos para descubrir que ocurre a la paciente e informan de la situación a la misma.

ANALISIS
PACIENTE EN POSTPARTO VAGINAL MAS POMEROY, A LA VALORACION HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, TAQUICARDICA PERSISTENTE, TENSIONES NORMALES, CARDIOPULMONARMENTE ESTABLE, ASINTOMATICA PARA VASOESPASMO, UTERO TONICO, SANGRADO GENITAL ESCASO, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, NO ORTOSTATISMO, TOLERANDO LA VIA ORAL CON REPROTES DE LABORATORIO PARA TREPONEMIA, HIV y TOXO IGM NEGATIVOS, HEMOGRAMA DE INGRESO SIN LEUCOCITOSIS, QUIEN NO PRESENTA ADECUADA EVOLUCION POR LO QUE EN REVISTA DE MAÑANA SE SOLICITA HEMOGRAMA DE CONTROL EL CUAL EVIDENCIA LEUCOCITOSIS EN ASCENSO Y NEUTROFILO, NO ANEMIA, EN CONTEXTO DE PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA Y VALORES DE LEUCOCITOS NO ESPERADOS EN PSOTPARTO DADO 3 DIAS DE PUERPERIO SE CONSIDERA ENDOMETRITIS, SE INICIA MANEJO ANTIBIOTICO BICONJUGADO, HIDRATACION, SE CONTINUA OBSERVACION, VIGILANCIA, SE EXPLICA A PACIETE Y FAMILIAR, ENTIENDEN Y ACEPTAN.

AI DÉCIMO CUARTO y DÉCIMO QUINTO. Las manifestaciones que efectúa la parte demandante en estos numerales sobre los síntomas que tenía la paciente para el 16 de abril de 2022, no le constan a Chubb, toda vez que al tratarse de la descripción de atenciones médicas, estas son completamente desconocidas para Chubb, en la medida que esta actividad es completamente ajena al objeto social de esta aseguradora. Al respecto, me atengo al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI DÉCIMO SEXTO. Al igual que los numerales anteriores, la atención que se describe en este numeral no le consta a Chubb, dado que esta entidad no conoce sobre los hechos que se relatan, en la medida que la actividad médica es completamente ajena a la esfera jurídica suya. Al respecto, la entidad que represento se atiene al ejercicio a cargo de la parte demandante y al valor probatorio que le otorgue a la historia clínica.

En todo caso, lo que se puede deducir de las descripciones que realiza la parte demandante y el soporte documental aportado, es que nuevamente la clínica asegurada y su equipo médico siempre estuvo pendiente de la sintomatología de la paciente, realizando las debidas averiguaciones sobre qué cuadro médico presentaba la paciente cuando se modificaba su sintomatología y realizando los exámenes médicos que requería para su diagnóstico; en este caso dada la persistencia de los síntomas se evidencia que la IPS decidió realizar RX de abdomen, continua en observación y vigilancia, medidas a todas luces adecuadas para conservar el estado de la paciente y llegar a una diagnóstico claro de lo que presentaba.

AI DÉCIMO SÉPTIMO. Las indicaciones que realiza la parte demandante en este numeral no le constan a Chubb, toda vez que la actividad médica es completamente ajena a la esfera jurídica de la entidad que represento, por lo cual no es de su conocimiento las descripciones del 16 de abril de 2022 en el presente numeral. Al respecto esta entidad se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI DÉCIMO OCTAVO. La descripción de la situación médica que se realiza en este numeral, no le consta a Chubb dado que no es de su conocimiento la actividad médica desempeñada por la asegurada IPS Cafam. Mas allá de eso, lo que se desprende de la misma estructura de los hechos y también de los soportes documentales, es que la entidad asegurada y su equipo médico siempre estuvo al tanto de la situación médica de la señora Quintero Pérez. En la misma descripción que realiza la parte demandante, se evidencia que para el 16 de abril de 2022 a las 21: 37 los médicos revisaron los exámenes de gases arteriales, analizaban el estado físico y químico de la paciente, así como determinaron las modificaciones en el estado de salud y se buscaba el origen de los cambios en los síntomas que sufría. Lo anterior da cuenta de la prestación del servicio médico adecuado y pertinente por parte del asegurado IPS Cafam.

AI DÉCIMO NOVENO. No le consta a Chubb lo consignado en este numeral sobre hallazgo de ileo paralítico con hipopotasemia. Al respecto, me atengo a la información contenida en la historia clínica, según el valor probatorio que le otorgue el Despacho a este medio de prueba.

AI VIGÉSIMO. Si bien lo consignado en este numeral no le consta a Chubb, de la información contenida en la historia clínica y demás soporte documental, se tiene que al parecer es cierto que para el 17 de abril de 2022 se realiza laparotomía para exploración de la cavidad abdominal, medida que a todas luces fue adecuada, puesto que fue una decisión justificada en la toma de paraclínicos - medida constante implementada para la atención de la paciente -, concretamente de tomografía abdominal que arrojó imágenes compatibles con abdomen agudo.

Del VIGÉSIMO PRIMERO al VIGÉSIMO CUARTO. Si bien a Chubb no le consta lo consignado en estos numerales, de conformidad con la información que reposa en los soportes documentales de las atenciones, en concreto la nota visible a folio 223 y ss de la historia clínica, documento 001EscritoDemanda se colige que es cierto lo consignado sobre los hallazgos, el procedimiento efectuado a la paciente y su ingreso a una unidad especial, decisiones que fueron adecuadas, pertinentes y necesarias, dado que la paciente al estar cursando por un posible cuadro de abdomen quirúrgico, requería de medidas urgentes para salvaguardar su salud, como lo fue la práctica de esta intervención -misma que fue llevada a buen término -, de su ingreso a una UCI y de la necesidad de realizar intubación.

AI VIGÉSIMO QUINTO. Lo consignado en este numeral no corresponde a un hecho al que Chubb se encuentre en la carga de pronunciarse, en la medida que se trata de simples afirmaciones que realiza la parte demandante y que son contrarias a la información contenida en la historia clínica en la que se evidencia que para todos los servicios médicos dispensados el equipo de salud de la asegurada cumplió a cabalidad con todos los protocolos médicos y con las medidas de prudencia necesarias para conservar la vida de la paciente. En este sentido cuando se analizan las notas médicas de la intervención de laparotomía, se encuentra que la atribución de la cirugía contaminada no se efectúa en contra de la cirugía de Pomeroy, sino que se atribuye a la cirugía de laparotomía exploratoria dado el foco de infección encontrado, atribuyendo la parte demandante erróneamente un efecto que no existe a una intervención médica realizada en cumplimiento de los protocolos médicos.

En todo caso, la entidad que represento se atiene al ejercicio probatorio a cargo de la parte demandante y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI VIGÉSIMO SEXTO. A Chubb no le consta las manifestaciones que realiza la parte demandante en este numeral, en la medida que se realiza la interpretación sobre las atenciones de la paciente que son ajenas a las descripciones médicas de la historia clínica. En todo caso, no se evidencia constancia en el soporte documental del proceso, que de cuenta que antes de la cirugía de Pomeroy, la paciente haya tenido terapia respiratoria. En este aspecto, es carga de la parte demandante acreditar lo mencionado y por lo tanto esta entidad aseguradora se atiene a lo consagrado en la historia clínica, según el valor probatorio que le otorgue el Despacho.

AI VIGÉSIMO SÉPTIMO. No le consta a Chubb las afirmaciones que se realizan en este numeral. En efecto, al tratarse de la actividad médica, las manifestaciones que realizan los demandantes sobre las atenciones médicas dispensadas son ajenos a la esfera jurídica de esta entidad y por lo tanto esta aseguradora no tiene conocimiento sobre la presunta deficiencia en estructuras y función del sistema gastrointestinal, así como limitación para la realización de actividades diarias. De ser así, entonces estas disfunciones se deben exclusivamente al acaecimiento de un riesgo propio de la enfermedad de la paciente y de la situación clínica propia en una unidad de cuidados intensivos. En todo caso, la entidad que represento se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI VIGÉSIMO OCTAVO. No le consta a Chubb lo consignado en este numeral, dado que la actividad médica, sus interpretaciones y las notas médicas que se realizan sobre los procedimientos y atenciones llevados a cabo a los pacientes, son desconocidos para esta aseguradora. Al respecto, esta entidad se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes, y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI VIGÉSIMO NOVENO. Lo consignado en este numeral no se trata de hechos sobre los que Chubb se encuentre en la carga de pronunciarse, dado que se trata de meras afirmaciones que carecen de todo sustento probatorio aportado o solicitado. En todo caso, es carga de la parte demandante acreditar los efectos de estas afirmaciones en los presuntos perjuicios sufridos con ocasión de la atención inicial. De esta manera, la entidad que represento se atiene a lo que se pruebe en el proceso.

Del TRIGÉSIMO al TRIGÉSIMO SEGUNDO. Lo consignado en estos numerales no corresponde a un hecho sobre el que Chubb esté en la carga de pronunciarse, dado que se trata de manifestaciones subjetivas y de afirmaciones en relación con unos supuestos perjuicios que no tienen sustento probatorio aportado o solicitado. Al respecto, la entidad que represento se atiene al ejercicio probatorio a cargo de los demandantes y a lo que encuentre probado el Despacho.

AI TRIGÉSIMO TERCERO. A Chubb no le consta la situación salarial de la paciente Quintero Pérez, ni tampoco los ingresos con que contaba para el mes de abril de 2022. Al respecto me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

AI TRIGÉSIMO CUARTO. Lo consignado en este numeral no corresponde a un hecho sobre el que Chubb tenga la carga de pronunciarse, dado que las afirmaciones sobre un presunto diagnóstico son subjetivas y carecen de todo soporte probatorio aportado o solicitado. Al respecto, la carga de la prueba de los hechos les asiste a los demandantes y en consecuencia me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AI TRIGÉSIMO QUINTO. Al igual que el numeral anterior, lo consignado en este numeral no corresponde a un hecho sobre el que Chubb tenga la carga de pronunciarse, dado que las afirmaciones sobre el estado laboral y psicológico de la paciente corresponden a manifestaciones subjetivas que carecen de todo sustento probatorio aportado o solicitado. Al respecto, la carga de la prueba de los hechos les asiste a los demandantes y en consecuencia me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AI TRIGÉSIMO SEXTO. Lo consignado en este numeral mas que de tratarse de un hecho, se trata de una afirmación temeraria y sin fundamentos que realiza el apoderado de la parte demandante. La existencia de un tipo penal, se representa en el acaecimiento de los elementos objetivos y subjetivos del delito.

En el presente caso no se cumple ninguno de los elementos de este tipo, mucho menos el elemento subjetivo o volitivo de la comisión del hecho de forma dolosa, pues por un lado la prestación del servicio médico fue adecuado y pertinente y por otro, no existe ningún tipo de conducta contraria a derecho, ni mucho menos dolosa del equipo médico de la clínica de inferir algún tipo de daño, pues todo el equipo de galenos actuó de conformidad con los protocolos médicos y la *lex artis ad hoc* con el fin legítimo de proteger la salud de la señora Quintero Pérez. Al respecto es carga de la parte demandante acreditar lo dicho en este numeral, y en consecuencia la entidad que represento se atiene a lo que se encuentre probado en el proceso.

AI TRIGÉSIMO SÉPTIMO. Es cierto. De conformidad con la información que reposa en el plenario, al parecer lo consignado en este numeral es cierto.

AI TRIGÉSIMO OCTAVO. A esta entidad no le consta la situación familiar de la señora Quintero Pérez, por lo tanto, es carga de la parte demandante acreditar la relación marital entre la señora Wendy Ceneth y el señor Luis Carlos Buesaquillo Maldonado.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante aclarar que en el presente caso, el señor Luis Carlos Buesaquillo Maldonado no es parte dentro del proceso, ni funge como víctima directa. Dado lo anterior, al no contar con legitimación en la causa para reclamar ningún perjuicio en este trámite, no podrá ser de recibo ninguna reclamación o solicitud de esta persona dentro de este proceso.

AI TRIGÉSIMO NOVENO. A esta entidad no le consta la situación familiar de la señora Quintero Pérez, por lo tanto, es carga de la parte demandante acreditar la relación de filiación entre la señora Wendy Ceneth y el señor Julio Quintero Garavito y Ligia Pérez Tirano.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante aclarar que en el presente caso, los señores que se mencionan no son parte dentro del proceso, ni fungen como víctimas directas. Dado lo anterior, al no contar con legitimación en la causa para reclamar ningún perjuicio en este trámite, no podrá ser de recibo ninguna reclamación o solicitud de estas personas dentro de este proceso.

AI CUADRAGÉSIMO. Toda vez que se realizan varias manifestaciones en este numeral, se contesta de forma diferenciada así:

- No le consta a la entidad que represento la situación económica de la señora Wendy Ceneth, ni el grado de escolaridad. En todo caso, de la información que reposa en la historia clínica, se desprende que la paciente es de estrato 3 y 2, como lo pretende hacer ver la parte demandante.
- Si bien a Chubb no le constan las condiciones del nacimiento de la señora Wendy Ceneth, de conformidad con la información que reposa en el plenario, se desprende que lo consignado no es cierto, toda vez que del soporte documental se evidencia que la paciente nació el 28 de agosto de 1984.

En todo caso, al respecto, me atengo al ejercicio de la carga probatoria a cargo de los demandantes sobre estos hechos y de la relevancia de las manifestaciones efectuadas para el presente proceso.

AI CUADRAGÉSIMO PRIMERO. Lo consignado en este numeral no le consta a la entidad que represento, toda vez que no se conocen las edades, ni las condiciones para que se consideren víctimas dentro del proceso, máxime que no fueron vinculados en este proceso.

De esta manera, los menores que se mencionan en este numeral al no ser parte dentro del proceso, ni fungir como víctimas directas, no cuentan con legitimación en la causa para reclamar ningún perjuicio en este trámite, y por lo tanto no podrá ser de recibo ninguna reclamación o solicitud de estas personas dentro de este proceso.

AI CUADRAGÉSIMO SEGUNDO. Lo consignado en este numeral propiamente no corresponde a un hecho sobre el que Chubb se encuentre en la carga de pronunciarse, puesto que se trata de un requisito para ejercer una acción de tipo jurisdiccional.

II. Oposición a las pretensiones de la demanda

Actuando en nombre y representación de **Chubb** me opongo expresamente a la prosperidad de todas las pretensiones formuladas en la demanda en contra **IPS Cafam** por no existir responsabilidad en cabeza de las entidades demandadas por los hechos que se le imputan. En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho absolver **a esta entidad** y de contera también a Chubb de cualquier responsabilidad y, correlativamente, condenar a la parte demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen con ocasión del trámite del proceso.

En particular, me opongo a la prosperidad de las **pretensiones** así:

AI 1. Me opongo a que se declare responsable a IPS Cafam de los supuestos perjuicios derivados de la atención prestados en el mes de abril de 2022, toda vez que no existe material probatorio aportado o solicitado que demuestre que la entidad IPS Cafam causó algún tipo de daño o perjuicio a la paciente, pues la entidad IPS Cafam prestó los servicios médicos en concordancia con los protocolos y la *lex artis* imperantes para dicho momento, de lo cual se desprende que tanto el servicio prestado por la EPS como por la IPS Cafam no son reprochables de ninguna manera.

AI 2 y 3. Por otro lado, me opongo de manera categórica a que se declare la existencia de perjuicios extrapatrimoniales, en modalidad de daño a la salud y al reconocimiento de la paciente y el menor Matias Buesaquillo de este perjuicio lo anterior por cuanto no existe prueba siquiera sumaria en el presente trámite que demuestre o de cuenta de tales afectaciones, ni tampoco hay evidencia de que tales afectaciones hayan sido causadas por la atención dispensada por la asegurada garantía IPS Cafam.

Adicionalmente en el remoto evento de considerarse que existe responsabilidad en cabeza de las demandadas, me opongo al reconocimiento del daño a la salud, en la medida que este perjuicio nunca ha sido reconocido por la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, de lo cual se desprende entonces que no podrá ser de recibo este perjuicio en sede civil, dada su inexistencia.

AI 4. Conforme lo anterior, Chubb se opone también a que se condene a la IPS Cafam al reconocimiento del daño emergente a favor de la demandante en la medida que (i) no existe material probatorio que acredite negligencia, impericia o culpa en la atención dispensada a la señora Wendy Ceneth en el mes de abril de 2022 y (ii) toda vez que, contrario a lo anterior, existen sendas pruebas como la historia clínica que desde ya dan cuenta que para el mes de abril de 2022 la entidad asegurada IPS Cafam, fue prudente en el manejo del parto y la posterior patología abdominal sufrida, pues se atendió a la paciente de forma pertinente y adecuada.

AI 5. En igual sentido Chubb se opone también a que se condene a la IPS Cafam al reconocimiento del lucro cesante a favor de la demandante en la medida que (i) no existe material probatorio que acredite negligencia, impericia o culpa en la atención dispensada a la señora Wendy Ceneth en el mes de abril de 2022 y (ii) toda vez que, contrario a lo anterior, existen

sendas pruebas como la historia clínica que desde ya dan cuenta que para el mes de abril de 2022 la entidad asegurada IPS Cafam, fue prudente en el manejo del parto y la posterior patología abdominal sufrida.

Al 6 y 7. De igual forma, la entidad que represento se opone completamente al reconocimiento de este perjuicio del daño moral a favor de la señora Wendy Ceneth Quintero Pérez y sus familiares, en la medida que la IPS demandada prestó los servicios que requería la paciente para conservar el estado de salud.

En el remoto evento de considerarse que existe responsabilidad en cabeza de la demandada, me opongo al reconocimiento del daño moral en la cuantía y extensión solicitada, toda vez que se excede por mucho, lo que se ha reconocido por la Corte Suprema de Justicia para casos incluso más gravosos, incluso para el caso de los familiares, estos solicitan se reconozca el perjuicio moral como si se tratara de una víctima directa, sin embargo estos fungen como víctimas indirectas o de rebote en el presente caso.

Al 8 y 9. Asimismo, la entidad que represento se opone completamente al reconocimiento de este perjuicio a favor de los demandantes, en la medida que la EPS demandada y la entidad que represento prestaron los servicios que requería la paciente para conservar el estado de salud y toda vez que no fueron las causantes de la denominada alteraciones a las condiciones de existencia.

Ahora, en el remoto evento de considerarse que existe responsabilidad en cabeza de la IPS demandada, me opongo al reconocimiento de las alteraciones a las condiciones de existencia y el perjuicio a la vida de relación en la cuantía y extensión solicitada, toda vez que se excede por mucho, lo que se ha reconocido por la Corte Suprema de Justicia para casos incluso más gravosos.

Al 10. Me opongo al reconocimiento a favor de la demandante de la indexación de las sumas solicitadas anteriormente, por cuanto la IPS Cafam, fue la causante de los perjuicios que aduce haber sufrido la parte demandante.

Al 8. Finalmente, me opongo a que se condene a la demandada al pago de las costas procesales y agencias en derecho, en la medida que no existe prueba si quiera sumaria de la incorrecta prestación del servicio médico a cargo de la IPS Cafam.

III. Al juramento estimatorio

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, expresamente objeto la tasación que realiza la parte demandante de los perjuicios solicitados, pues existen graves defectos en su tasación y su acreditación que el Despacho no podrá perder de vista. En consecuencia, teniendo en cuenta que expresamente se objetan las sumas de los perjuicios indicados, no podrán entenderse probados en cuanto a su existencia y cuantía con la sola afirmación bajo juramento que hacen los demandantes.

De esta manera, objeto la tasación de estos perjuicios por los siguientes motivos:

- En cuanto al daño emergente, es importante aclarar que la parte demandante no aporta ningún tipo de prueba tendiente a acreditar la existencia de este perjuicio, por lo que lo único certero frente a este perjuicio, es la afirmación que hace la parte demandante sobre este valor en el escrito de demanda. De esta manera, no se podrá tomar por probado la cuantía y extensión de este perjuicio patrimonial.
- Adicionalmente, tampoco podrá tomarse como estimado el denominado lucro cesante en tanto carece de todo sentido, ya que desconoce y no justifica, a través de los procedimientos aritméticos dispuestos por la Corte Suprema Justicia, la suma de este perjuicio material.
- Se aclara que la tasación que efectúa la parte demandante sobre el daño moral, el perjuicio a la vida de relación y el denominado daño a la salud no se podrán tomar como probados en su cuantía, lo anterior por cuanto según el párrafo 6 del citado artículo el juramento estimatorio no aplica a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales.

Dado lo anterior, solicito al Despacho dar aplicación a lo dispuesto en el artículo 206 del C.G.P. y, en consecuencia, condenar al demandante a pagar a favor del Consejo Superior de la Judicatura una suma equivalente al 10% de la diferencia, en el evento que la cantidad estimada por la parte actora en el juramento exceda el 50% de la que resulte de su regulación judicial. En el evento en que se desestimen las pretensiones por falta de prueba, solicito al Despacho aplicar la sanción del 5% de la diferencia, de conformidad con lo establecido por el parágrafo de la mencionada disposición normativa.

IV. Defensas y excepciones

Obrando en nombre y representación de **Chubb**, además de las que han sido formuladas al dar respuesta a los hechos de la demanda y de las que resulten probadas en el proceso, las cuales deberá declarar de oficio el despacho de conformidad con lo establecido en los artículos 282 y ss. del Código General del Proceso, propongo desde ahora las siguientes defensas y excepciones:

1. Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa de IPS Cafam

De manera pacífica, la jurisprudencia y doctrina, en una interpretación coherente y acertada de la ley en materia de responsabilidad civil, aceptan que la gran mayoría de casos en los que se analiza la responsabilidad derivada de un acto médico corresponde a un régimen de responsabilidad subjetivo en donde es relevante para el análisis de imputación de un resultado dañoso la culpa. Esto significa que, de acuerdo con esta tipología de responsabilidad, tiene que existir culpa, falla o falta médica en la conducta del que presta un servicio médico para poder afirmar de manera categórica que existe una obligación indemnizatoria en cabeza de una institución médica, de un médico tratante o de cualquier otra persona encargada de realizar procedimientos médicos.

En efecto, no basta la constatación de la existencia de un resultado perjudicial en una persona para imputar o atribuir responsabilidad civil; y solo en casos excepcionales, enmarcados en regímenes objetivos o derivados de estipulaciones contractuales que agraven la exigencia en el actuar médico, pueden variar este régimen ubicándolo en tipologías de responsabilidad en donde el análisis de la culpa es irrelevante para poder hablar de una obligación indemnizatoria.

En este contexto, cuando se discute la responsabilidad civil la carga de la prueba de la culpa corresponde al demandante y en consecuencia se hace imperioso que la parte actora demuestre que el daño fue causado por una conducta negligente del demandado. En efecto, el presente caso se rige por este régimen de responsabilidad y por este principio general de la carga de la prueba y su explicación radica en el derrotero de la materialización de un riesgo propio al cuadro clínico presentado por la **paciente**, la condición propia de la actividad médica en donde no media la certeza de ofrecer un resultado y la ausencia de cláusulas contractuales que estipulen obligaciones de resultado.

Asimismo, se destaca que la actividad médica en esencia está llena de limitaciones técnicas y procedimentales, así como limitaciones físicas, sociales y condicionamientos biológicos que conllevan riesgos y peligros inherentes que pueden desencadenar consecuencias de difícil anticipación. Adicionalmente, cada cuerpo se desarrolla de acuerdo con su propio plan genético o genómico.

Todo lo cual, desde un punto de vista jurídico es importante, pues el hecho de presentarse efectos o situaciones no deseables para los pacientes y de no existir motivos, razones o efectos jurídicos que modifiquen la exigencia en el actuar de la institución y de los médicos que en ella laboran, la gestión médica que nos ocupa en el proceso de la referencia no exigía llegar a un resultado no adverso en la salud de la paciente; por el contrario, se exige poner todos los medios a disposición del paciente para evitar una consecuencia no deseable, lo cual, en efecto ocurrió en el presente caso.

Frente al reproche endilgado a la entidad asegurada, se pueden evidenciar ciertos elementos que desdibujan de tajo la responsabilidad por la IPS Cafam, toda vez que, valga decir desde ya, no se incurrió en conductas negligentes e imperitas que implicaran un reproche para la demandada y la clínica asegurada. En efecto, de conformidad con la información que reposa en el plenario, se puede evidenciar la prestación del servicio de salud de forma pertinente y adecuada, pues grosso modo, se evidencia que las atenciones fueron prestadas de forma adecuada por la entidad asegurada IPS Cafam.

Que la paciente haya sido atendida en todas y cada una de las especialidades que requirió para subsanar su estado de salud, implica que de forma diligente se cumplieron todas las obligaciones y deberes en torno a la prestación del servicio al momento en que la paciente ingresa al servicio médico producto de su parto al igual que cuando comienza a sufrir de la patología abdominal, pues se garantizaron de forma holística todos los servicios médicos, al practicar atenciones, vigilancia, monitoria y diagnósticos requeridos, de acuerdo con las evoluciones que tenía la señora Wendy Ceneth.

Y es que de ninguna de las notas médicas y de la historia clínica se evidencia que la entidad asegurada IPS Cafam haya dejado de prestar, haya prestado de forma irregular o inoportuna los servicios médicos de la paciente. A partir de estas descripciones de la historia clínica se advierte que a diferencia de lo indicado por los demandantes en el escrito de demanda, la atención de la paciente fue adecuada y pertinente pues la entidad asegurada desplegó todas las atenciones médicas, con un equipo médico interdisciplinario, con la práctica de clínica pertinente y adecuada, y todo determinado por el cuadro médico y los signos que iba presentando la paciente llevando a buen término una enfermedad que se debe exclusivamente a la materialización de un riesgo inherente.

De esta forma, desde un punto de vista probatorio y en concordancia con el cumplimiento de obligaciones de medio, se destaca en esta etapa que en el caso *sub judice* tal prueba de la negligencia por parte de **IPS Cafam** no será lograda por los demandantes, pues como se verá en el trámite del proceso y como se describe de la relación causal de los hechos que

los demandantes aportan, la atención médica brindada fue completamente ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención.

En efecto, es importante tener presente que la culpa comporta un defecto de conducta concreto respecto a un modelo abstracto de conducta. Como consecuencia de esto, deberá la parte demandante demostrar con plena prueba la desviación que separa la conducta del demandado con el modelo abstracto que establece la ley. Pero, se reitera, en el presente caso esta demostración será imposible toda vez que la atención fue diligente y cuidadosa y dado que no se aporta material probatorio tendiente a acreditar la supuesta existencia de un perjuicio.

Adicional a lo anterior, también existe una declaración expresa de la señora Wendy Geneth Quintero Pérez, en la que se evidencia que, para el momento de la atención, según la paciente, no existió ninguna negligencia o impericia por parte de la entidad asegurada, veamos:

Fecha - 2022-04-26 12:58:26 // UCI Adulto SBarbara P6 - SANTA BARBARA

3537636 - Nota de Progreso (Fin) // UCI Adulto SBarbara P6 - SANTA BARBARA // 2022-04-26 12:58:26

3537653 - Nota de Progreso (Inicio) // UCI Adulto SBarbara P6 - SANTA BARBARA //

Nota

- Seguimiento por Psicología.
Se realiza seguimiento con la paciente, por motivo de ingreso en la unidad de cuidado intensivo adulto, Wendy refiere: "no esperé que se fuera a complicar tanto la cirugía del pómey, he temido por mi vida, esto me ha dejado ver que se hubieran presentado otras complicaciones si no hubiera estado en la clínica, me siento más estable". Se genera expresión de sentimientos y catarsis.
Wendy tiene claridad que aunque no esperaba complicaciones en su pómey, la estancia en la clínica ha podido brindarle una atención oportuna, que de haber sucedido en momento posterior, no se habría solucionado, su gran motivación para seguir adelante son sus hijos y su esposo, agradece todo el apoyo del grupo médico, tiene buena capacidad de afrontamiento y aceptación, durante la valoración no se evidencia en la paciente alteración emocional, puede presentar riesgo a estado depresivo/ansioso.
Se permite escucha activa y reflexiva, se le dan pautas de manejo emocional, que favorezca una adecuada recuperación de su estado vital, se le brindan lineamientos de afrontamiento individual, que le ayuden a superar situaciones imprevistas, manteniendo actitud y pensamiento positivo, se deja a la paciente más estable, como medida preventiva se le indica solicitar cita por Psicología en consulta externa.
Se da cierre por el servicio.

Diagnóstico

Esta declaración no podrá ser ignorada por el Despacho, en la medida que es una declaración expresa, de carácter confesional, que da cuenta que para el momento de la atención no existió ningún tipo de reproche por parte de esta paciente sobre la atención. Si se revisa dicha declaración, el Despacho podrá constatar que la paciente refiere que en la estancia clínica se pudo brindar una atención oportuna que, de haber sucedido en un momento posterior, según la paciente, no se habría solucionado y finalmente agradece por todo el apoyo al equipo médico.

Así entonces, en lo que respecta al campo médico, se ha propuesto como definición de culpa médica aquella “culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada *lex artis* o *lex artis ad hoc*”¹. En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha señalado que

“...fuera de la negligencia o imprudencia que todo hombre puede cometer; el médico no responde sino cuando, en consonancia con el estado de la ciencia o de acuerdo con las reglas consagradas por la práctica de su arte, tuvo la imprudencia, la falta de atención o la negligencia que le son imputables y que revelan un desconocimiento cierto de sus deberes”².

Ahora, si bien *la lex artis* corresponde a los criterios de conducta generales y abstractos dictados por una ciencia específica, ella debe analizarse teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso, de manera que el análisis asentado

¹ Fernández, José. Sistema de responsabilidad médica. Granada: Ed. Comares, 2002. p. 96. Asúa, Clara. Responsabilidad civil médica. Reglero, Fernando (Coord.) Tratado de responsabilidad civil, Tomo II. Navarra: Aranzadi, 2002. p. 984.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, Op.cit., p.116 ss, apoyada en la Sentencia de Casación francesa del 27 octubre de 1938.

de la *lex artis* al supuesto concreto, nos sitúa en la conocida *lex artis ad hoc*³. De esta manera, exigir que la actuación del profesional médico se rija por la *lex artis ad hoc*, implica que el médico debe aplicar los conocimientos y protocolos de su ciencia al caso concreto, actuando en consideración a las particularidades del paciente; y este análisis es extrapolable al que debe hacer el juez, a posteriori, al momento de evaluar la diligencia de la conducta de los profesionales demandados. En consecuencia, la determinación de la idoneidad de la conducta del profesional de la medicina implica que se evalúe la efectiva y adecuada aplicación de las reglas y protocolos de la ciencia médica al caso concreto, y la consideración de las características particulares del cuadro clínico del paciente y de la evolución de éste.

De esta manera, teniendo en cuenta que en el presente caso el servicio prestado a la **paciente** fue diligente, cuidadoso y en todo momento conforme con la *lex artis ad hoc*, la parte demandante no podrá acreditar culpa alguna imputable al cuerpo médico encargado de atender al paciente. Así, al no contarse con uno de los elementos para que se estructure responsabilidad a nuestra asegurada, ninguna responsabilidad puede atribuirse y las pretensiones de la demanda deben ser desestimadas por parte del Despacho.

2. Materialización de un riesgo inherente: diligenciamiento del consentimiento informado al paciente

En todo procedimiento quirúrgico existen riesgos propios e inherentes al mismo, los cuales fueron debidamente informados por los profesionales de salud de la Clínica asegurada a la paciente, quien en su momento manifestó entender y aceptar.

Sobre lo que debemos entender por riesgo inherente, el doctor Andrés Felipe Villegas García, en su artículo “*La Materialización del Riesgo Inherente y su Diferenciación con la Culpa Médica*”, publicado en la Revista No. 24 del Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado, resalta:

“El riesgo inherente es aquella complicación que se puede presentar por la sola realización del acto médico como tal, y que tiene por causas la complejidad o la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se utilizan para llevarlos a cabo, el cual, una vez materializado o realizado, produce un daño físico o psíquico en el paciente, sin que lo anterior implique una negligencia médica, impericia, imprudencia o violación de reglamentos.

Cuando hablamos de riesgo inherente aceptamos la existencia de un procedimiento médico que puede causar un daño, que tiene por explicación, un fenómeno distinto al actuar médico y únicamente imputables a factores externos a su obrar.

Ese riesgo es contemplado por la ciencia médica y detallado por la literatura científica que regula la materia específica. Incluso, es imposible sustraerlo o evitarlo en la práctica, entre otras, porque su aparición no depende del actuar del profesional de la medicina”. (Pág. 10-11)

En igual sentido, la Corte Suprema de Justicia, en sala de Casación Civil del veinticuatro (24) de mayo de 2017, radicado SC7110-2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, ha señalado que, frente al actuar profesional de los galenos los riesgos inherentes son inseparables de su actividad médica, “*por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia*

³ Fernández, José. Op. cit., p. 249 ss. En similar sentido Santos Ballesteros, Jorge. Instituciones de responsabilidad civil. Bogotá: Javegraf, Tomo III, 2006. p. 295.

exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, aparea la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa”.

En el caso que nos ocupa, las secuelas que sufrió la paciente corresponden a una consecuencia de la materialización de un riesgo inherente, mismo que, como se desprende de la historia clínica y la nota visible en el folio 131 documento 001DemandaAnexos, quedó descrito en el consentimiento informado a la paciente. A partir de esta nota, se evidencia el cumplimiento del deber de información de la paciente para la realización de intervención de Pomeroy, así:

Prof: NELLY OLMOS BALLEEN Especialidad: Reg: 52457531
Fecha - 2022-04-14 09:07:26

152767 - Nota de Ingreso - Anestesia (Inicio) // Sala Internacion - SANTA BARBARA //

Nota

PACIENTE DE 37 AÑOS PROGRAMADA POMEROY

ANTECEDENTES PERSONALES
PAT: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
QX: OSTEOSINTESIS FALANGE DISTAL 4 DEDO MANO IZQUIERDA
ALEGICOS: ----- PENICILINA -----
INMUNIZACIONES: 3 DOSIS DE PFIZER

ASINTOMATICO CARDIO RESPIRATORIO
CF > 4METS

PESO 78 TALLA 1,63
ORL: MPT II AO 5 CMS PROTESIS SUPERIOR MOVIL
CUELLO: DTM 7 CMS
C/P: RSCSTRS NO SOPLOS
PULMONES: LIMIOS BIEN VENTIALDOS
SNC: SIN DEFICIT APARENTE

HEMOGRAMA NORMAL

ASA II
CF> 4 METS
SE AUTORIZA CIRUGIA, SE DAN INDICACIONES, ACLARAN DUDAS Y EXPLICAN RIESGOS
TRAJE CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO

RECORD CLINICO - 53098200 WENDY CENETH QUINTERO PEREZ - 2298698 - 01/06/2022 - 07:12:29 Pg. 59 de 669

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES TOLERANDO VIA ORAL Y DEAMBULACION, SIN SIGNOS DE VASOESPAMOS, CON RECIEN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON ADECUADA LACTANCIA, ACTUALMENTE ALERTA HIDRATADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NORMOTENSA, UTERO TONICO, LOQUIOS ESCASOS ,SIN SANGRADO GENITAL S EINDICA TRASLADO PAR A RELZIACION D E POMEROY S
E EXPLCIA CONDICION CLINICA

PLAN:
IGUAL MANEJO MEDICO.
PENDIENTE POMEROY

Es decir, en el servicio de atención a la paciente, se evidencia que el equipo médico de la clínica cumplió a cabalidad con informar todos los pormenores y riesgos de la intervención de Pomeroy, lo cual implica necesariamente que el evento acaecido por la paciente corresponde a un riesgo propio a la intervención, que fue adecuadamente consentido por la paciente.

Así las cosas, de la información aportada por el demandante, en concreto de la historia clínica se desprende que la paciente para la intervención del 14 de abril de 2022 conocía los riesgos a los que se sometía con la intervención, con lo que se concluye que la señora Wendy Ceneth, para la fecha de la intervención tenía pleno conocimiento e información sobre los riesgos, beneficios y pormenores de la intervención quirúrgica practicada por el equipo médico de la Clínica asegurada.

Así entonces, bajo este panorama es claro que las consecuencias sufridas por la señora Wendy Ceneth fueron el resultado del riesgo inherente al procedimiento quirúrgico practicado, el cual fue consentido por la paciente, en cuyo caso el daño no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo o del incumplimiento de la realización del consentimiento informado por parte de la Clínica los Rosales

3. Ausencia de nexo de causalidad.

Bien es sabido que uno de los elementos esenciales de la responsabilidad civil, sea contractual o extracontractual, es el nexo de causalidad, cuya demostración le corresponde a la parte demandante, de conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso.

Ahora bien, el nexo de causalidad significa que debe poderse establecer que el daño alegado por los demandantes fue causado por la conducta u omisión del demandado.

En efecto, según los documentos que obran en el expediente, existen varios elementos que desdibujan de tajo la existencia de cualquier nexo de causalidad entre el actuar de la asegurada y los perjuicios reclamados por la parte demandante; pues en la medida en que la prestación del servicio por la entidad Asegurada por Chubb fue diligente, cuidadosa y por tanto oportuna y de calidad y que la causa final de las secuelas y afectaciones que aducen sufrir los demandantes se debe exclusivamente a las condiciones y riesgos propios de su enfermedad y las patologías de base, estos elementos rompen completamente la relación de causalidad que existe entre las supuestas afectaciones del paciente, con la atención médica practicada.

Se evidencia a lo largo del escrito gestor, que la parte demandante, en la correlación de las premisas que sustentan la demanda y las consecuencias que deriva de ellas, ignora explicar como la supuesta falta de tratamiento y de diagnóstico oportuno en la entidad asegurada causaron los perjuicios morales, el perjuicio a la vida de relación, el daño a la salud y los perjuicios materiales del daño emergente y lucro cesante. Se limita a establecer que existe una conducta reprochable y una consecuencia de ella, sin embargo, desde un punto de vista técnico o científico no explica cómo tal situación se relaciona causalmente con los perjuicios sufridos, sin mencionar que desconoce el amplio material probatorio y las notas que se describen en la historia clínica que dan cuenta de que no hay relación entre la atención dispensada y las secuelas sufridas, pues desde un punto de vista causal, IPS Cafam atendió de forma adecuada y pertinente a la señora Wendy Ceneth.

Realizar esta aclaración es importante por cuanto en el presente trámite no será posible probar tal nexo de causalidad, porque en efecto no existe una conducta negligente que se pueda imputar a la entidad demandada, ni a la llamada en garantía, toda vez que la prestación del servicio médico fue adecuado, oportuno y pertinente, mismo que, dada la pericia con la que fue llevada a cabo, permitió que, con la participación de un equipo multidisciplinario de médicos que actuaron de forma prudente para conservar la salud de la paciente, permitiera atender los quebrantos de salud presentados para el mes de abril de 2022.

Se insiste, por tanto, que no hay nexo de causalidad entre la conducta que se le atribuye a la asegurada y los perjuicios alegados por los demandantes, por lo cual, las pretensiones de la demanda se deben desestimar.

4. Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados.

De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, “incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen” de manera que, la carga de la prueba de los elementos que estructuran la responsabilidad -la conducta, el nexo de causalidad y el daño-, por regla general, recae en cabeza de la parte demandante y la pretensión de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho

artículo. De esta manera, es la parte actora la que debe probar el daño que afirma haber sufrido, además de los demás elementos de la responsabilidad.

Para que el daño sea indemnizable, debe ser cierto, directo y la parte que reclama su reparación debe probar no sólo su existencia, sino su cuantía y extensión.

En efecto, la parte demandante solicita el reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales del daño moral, perjuicios a la vida de relación y el daño a la salud, así como daños de tipo patrimonial como el daño emergente y el lucro cesante, por los hechos en que se fundamenta la demanda, pero no aporta, ni solicita pruebas que soporten la existencia y extensión de esos perjuicios y tampoco describe de forma detallada los medios para llegar a las sumas aducidas en el escrito de demanda.

En el presente caso, concluido el trámite probatorio del proceso, el Despacho podrá concluir que no se constatan los elementos del daño indemnizable, pues no existe prueba que permita acreditar la relación de causalidad entre la conducta que se le atribuye en la demanda a IPS Cafam los daños alegados, así como la existencia y cuantía de los perjuicios cuya reparación se pretende, pues los montos solicitados por concepto de los perjuicios superan las tarifas reconocidas por jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

5. Excesiva e indebida solicitud de perjuicios extrapatrimoniales y patrimoniales

La responsabilidad en sentido amplio ha sido reconocida como la institución mediante la que se sitúa a la víctima en la misma posición o en la posición más semejante a la que se encontraba antes de la ocurrencia del hecho lesivo, a través de la imposición al agente de una obligación resarcitoria. No obstante, la responsabilidad civil no es un instrumento de enriquecimiento de la víctima, y por esto sólo se indemnizan los perjuicios efectivamente probados, y en las cuantías y extensiones correspondientes.

De esta manera, existen graves defectos en la solicitud efectuada por los demandantes frente a todos los perjuicios descritos en el acápite de las pretensiones, pues si se revisan las cuantías exigidas por el extremo activo, el material que aportan para probar y justificar los perjuicios y la tasación que se hace, se constata que los perjuicios extrapatrimoniales del daño moral, del perjuicio a la vida de relación, el daño a la salud y los perjuicios materiales del lucro cesante y daño emergente superan, por mucho y desconocen los parámetros que ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia para esos efectos en casos como el de la referencia, así como se incumplen los procedimientos aritméticos utilizados para calcular estos perjuicios, por lo que, aún si se lograra probar la existencia de esos perjuicios, de ninguna manera podrían reconocerse en las cuantías solicitadas en la demanda.

En cuanto al daño emergente, es importante aclarar que la parte demandante no aporta ningún tipo de prueba tendiente a acreditar la existencia de este perjuicio, por lo que lo único certero frente a este perjuicio, es la afirmación que hace la parte demandante sobre este valor en el escrito de demanda, de manera que no se podrá tomar por probado la cuantía y extensión de este perjuicio patrimonial y por consiguiente el mismo deberá ser negado.

Adicionalmente, tampoco podrá tomarse como estimado, ni probado el denominado lucro cesante en tanto carece de todo sentido, ya que la parte demandante desconoce y no justifica, a través de los procedimientos aritméticos dispuestos por la Corte Suprema Justicia, la suma de este perjuicio material.

De otro lado, la parte demandante pretende el reconocimiento de un daño moral sin tener en cuenta los topes que ha fijado la jurisprudencia civil de la Corte Suprema de Justicia, de lo que se desprende que, en el remoto evento que se llegare a condenar a estos perjuicios, no podrá reconocerse a favor de los demandantes de este perjuicio en la cuantía solicitada, pues no existe correlación entre el presunto daño sufrido y lo que se pretende reconocer.

Finalmente, la parte demandante también yerra al solicitar sumas pecuniarias por concepto de daño a la salud y por daño a las condiciones de existencia, ya que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia no reconoce estos como perjuicios autónomos, por lo que no será posible entonces en el presente proceso realizar su reconocimiento.

Así las cosas, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de dos de los elementos de la responsabilidad civil, el daño y nexo de causalidad. En el remoto evento en el que se constate responsabilidad imputable al asegurado de Chubb en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia; Sala de Casación Civil.

6. Improcedencia de una sentencia condenatoria.

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos en este capítulo, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de los elementos de la Responsabilidad en cabeza de la entidad que represento: el daño, la conducta culposa de los demandados y el nexo de causalidad.

En el remoto evento en el que se constate responsabilidad imputable a **IPS Cafam y al llamado en garantía IPS Cafam**, en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

SECCIÓN II: CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE IPS CAFAM EN CONTRA DE CHUBB

I. A los hechos del llamamiento en garantía

AI PRIMERO. Es cierto. En efecto, como dice el llamante en garantía, entre Chubb como asegurador e IPS Cafam como tomador y asegurado, se celebró contrato de seguro de responsabilidad civil profesional médica, instrumentado en la póliza No. 12– 55062, pero se aclara que la vigencia está circunscrita entre el 16 de abril de 2022 y el 15 de abril de 2023.

AI SEGUNDO. Es cierto. En efecto, como lo menciona el llamante en garantía, lo descrito como el amparo de la póliza, corresponde a las condiciones temporales, que de conformidad con la ley y la tipología de seguros *Claims Made*, son necesarias para otorgar cobertura a un evento. De esta manera, para otorgar cobertura al evento que se describe en el

presente proceso, es indispensable que la primera reclamación efectuada al asegurado se haya presentado durante el término del contrato y que los hechos objeto de litigio sean posteriores a la fecha de retroactividad pactada.

AI TERCERO. Es cierto. De conformidad con la información que reposa en el plenario, la audiencia de conciliación fue llevada a cabo el 17 de noviembre de 2022.

AI CUARTO. Dado que el llamante en garantía realiza manifestaciones y afirmaciones que no son de contenido fáctico, sino subjetivo y jurídico, el contenido del numeral no corresponde a un hecho susceptible de respuesta de mi representada. En cualquier caso, Chubb se atiene al contenido íntegro y literal de las condiciones generales y particulares que conforman el mencionado contrato de seguro, a la póliza que lo instrumentaliza y a lo que considere probado el Despacho en cuanto a la cobertura del contrato de seguro citado en el presente llamamiento en garantía, según las pruebas que se arrimen al expediente.

En todo caso, si bien es cierto que la póliza que eventualmente podría llegarse a ver afectada con el presente trámite es la No. 12 – 55062, en la medida que la primera reclamación fue efectuada al asegurado durante el trámite conciliatorio al que fueron citados en el año de 2022; es importante aclarar que existen otros requisitos de carácter sustancial que también se deberá tener en cuenta para otorgar cobertura a un evento, como el cumplimiento de garantías y la inexistencia de exclusiones aplicables. En caso de incumplirse estos eventos, no ser posible afectar la póliza No. 12- 55062.

II. A las pretensiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de **Chubb**, solicito al Despacho dar estricta aplicación al contrato de seguro celebrado entre **IPS Cafam**, como tomador y asegurado, y **Chubb Seguros Colombia S.A.** como asegurador, instrumentalizado en la póliza No. 12 – 55062 de Responsabilidad Civil Profesional Médica, contratada bajo la modalidad de *claims made*.

En consecuencia, en el remoto evento en que llegare a ser condenada la entidad **asegurada**, solicito se observen los términos del contrato de seguro instrumentado en la póliza aplicable al caso, esto es la póliza No. 12 - 55062, la cual opera según el sistema de reclamación. Así, para efectos de determinar las prestaciones económicas a las que tiene eventualmente derecho el asegurado, en caso tal de llegarse a considerar que la póliza No. 12 - 55062 debe afectarse, solicito al Despacho tener en cuenta lo siguiente:

- A. La póliza que sirve de fundamento al presente llamamiento en garantía, las normas legales (artículo 1127 a 1133 del Código de Comercio Colombiano) y los principios generales de los seguros de daños, describen de manera precisa los amparos, coberturas y límites dentro de los cuales opera la Póliza No. 12 – 55062 contratada con **Chubb**. En consecuencia, le solicito, al Despacho, dar aplicación estricta a las definiciones y descripciones de amparos y coberturas antes mencionados.
- B. La póliza de seguro que fundamenta este llamamiento en garantía y el Código de Comercio Colombiano, contempla exclusiones convencionales y legales de la cobertura. En caso de encontrarse probado en el proceso, un hecho que constituya una exclusión convencional o legal, solicito al Despacho declararla probada.
- C. El llamamiento en garantía es el medio procesal dispuesto para el ejercicio de la pretensión revérsica, es decir, para exigir de otro una obligación legal o contractual a “...***el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso ...***” (subrayas

fuera del texto), de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del CGP. Por tanto, en caso de prosperar el llamamiento en garantía, no podría condenarse a Chubb a pagar directamente la indemnización a los demandantes, sino a reembolsarle a IPS Cafam lo que esta tenga que pagarles, por supuesto dentro de los términos y condiciones acordados en la póliza.

III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía

Además de las defensas y excepciones planteadas al dar respuesta a los hechos del llamamiento en garantía y de las que resulten probadas en el proceso que deben ser declaradas de oficio por el Despacho, de conformidad con el inciso segundo del artículo 187 del CPACA, propongo las siguientes:

1. Eventual ausencia de cobertura de la póliza No. 12 - 55062 por incumplimiento de garantías

Por motivos de lealtad procesal frente a las partes del proceso y nuestro asegurado, al revisar la información que reposa en el plenario, en concreto la vinculación al trámite conciliatorio que realizó la parte demandante a la Clínica los Rosales y a Chubb, la única póliza que eventualmente podría llegar a vincularla al proceso de la referencia es la póliza No. 12 – 55062. Lo anterior, por cuanto la primera reclamación al asegurado - requisito exigido por las pólizas Claims Made para dar cobertura a un evento- tiene como fechas la citación a la audiencia de conciliación y la respectiva celebración de dicha audiencia, por lo que se habría presentado en vigencia de la póliza mencionada comprendida entre el 16 de abril de 2022 y el 15 de abril del mismo año.

Sin embargo, en este aspecto es importante aclarar que las condiciones pactadas en la póliza No. 12 – 55062, concretamente en la sección 25 del contrato, consagran las garantías que el asegurado deberá cumplir en orden a dar cobertura a los eventos reclamados a Chubb. En esta medida, de acuerdo con el literal C de esta sección de la mencionada póliza, queda excluida cualquier reclamación por el incumplimiento de las normas que regulan la actividad médica. En esta sección se establece lo siguiente:

“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.

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)." (subrayas extra texto)

De esta manera, en el presente proceso no se podrá condenar a la entidad que represento en el remoto evento que:

- (i) Se demuestre el incumplimiento del diligenciamiento del consentimiento informado; y/o
- (ii) Se acredite que no se cumplieron con las condiciones de idoneidad de la historia clínica y que la misma haya repercutido en los supuestos perjuicios de la demandante;

Así pues, de encontrarse en el trámite del proceso el eventual incumplimiento de dos de las garantías previstas por el contrato de seguro, ruego al Despacho advertir que la consecuencia es la exclusión de cobertura del evento reclamado.

2. **Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas de la Póliza No. 12 – 55062 por ausencia de responsabilidad imputable de IPS Cafam.**

La Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12 – 55062 tienen por objeto el amparo de los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado a causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales, siempre que el reclamo en contra del asegurado se formule dentro del período de vigencia de la póliza y obedezca a hechos ocurridos dentro del período de retroactividad. En efecto, en las condiciones particulares de la póliza, se describe el riesgo así:

"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."

Ahora bien, por acto médico erróneo, debemos entender "... cualquier Acto Médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado

con los Servicios Profesionales prestados por el Asegurado y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del Asegurado.” (Ver cláusula 26, literal b, de las condiciones generales de la póliza).

Partiendo de las anteriores definiciones de la póliza, debe advertirse que los hechos en que se fundamenta la demanda instaurada por la señora Wendy Ceneth Quintero Pérez, no constituyen un siniestro cubierto bajo la póliza mencionada, por los siguientes motivos:

- a. A través de la póliza en comento se pretende amparar únicamente los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por actos médicos erróneos durante la prestación de sus servicios profesionales.
- b. No obstante lo anterior, en el caso que nos ocupa, de los argumentos desarrollados por la Clínica Asegurada en su escrito de contestación a la demanda y de los documentos que obran en el proceso se deduce, sin duda alguna, que ninguno de los perjuicios que afirman haber sufrido los demandantes, fue causado por acciones u omisiones culposas de IPS Cafam.
- c. Por tanto, al no existir responsabilidad en cabeza de la Clínica asegurada en calidad de asegurado, no se ha realizado el riesgo cubierto bajo las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Médica invocadas y, por tanto, no ha nacido ninguna obligación en cabeza de la aseguradora que represento.

3. Valores asegurados y deducibles aplicables.

En el remoto evento en el que se llegue a considerar que hay lugar a condenar a **Chubb** a reembolsarle a la Clínica asegurada las sumas de dinero que esta deba pagarles a los demandantes, el Despacho deberá tener en cuenta las condiciones pactadas en la póliza aplicable, la No. 12 – 55062, única vigente para el momento de la primera reclamación:

3.1. El valor asegurado corresponde a COP \$ 9.000.000.000 por evento y en el agregado anual.

3.2. Además, resulta aplicable el deducible pactado, correspondiente a el 10 % del valor de la pérdida mínimo COP \$ 100.000.000 para todos y cada uno de los reclamos. Esto significa que, ante una eventual condena a la Clínica asegurada donde además se le ordene a Chubb a reembolsarle lo pagado a los demandantes, la entidad asegurada deberá asumir en cualquier caso una porción de la condena a título de deducible.

3.3. Deberán tenerse en cuenta además otros siniestros que hayan dado lugar a pagos por parte de **Chubb** con cargo a la misma vigencia de la póliza que se afecte con el presente reclamo, pues con ello se reduce la suma asegurada.

SECCIÓN III: SOLICITUD DE PRUEBAS

Solicito respetuosamente al Juzgado decretar la práctica de las pruebas señaladas a continuación. Igualmente, manifiesto al Despacho que me reservo el derecho de intervenir en la práctica y contradicción de las pruebas solicitadas por las demás partes del proceso, así como en aquellas decretadas de oficio por el Despacho:

1. Interrogatorio de parte.

Solicito al Despacho citar a la parte demandante, a efectos de absolver el interrogatorio de parte que les formularé en audiencia o por escrito a los integrantes.

2. Documental.

Aporto como prueba documental al proceso, Póliza de Responsabilidad Profesional para Clínicas y Hospitales No. 12 – 55062 sus condiciones generales y particulares.

3. Ratificación de documentos

Manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de todos los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, aportados por la parte demandante. En consecuencia, de conformidad con el art. 262 del C.G.P., solicito respetuosamente al Despacho imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación.

En concreto, solicito la ratificación al Despacho, de los siguientes documentos aportados e indicados en el acápite de prueba documental:

- La certificación laboral efectuada por el señor Mauricio Pastrana, director operativo de Salud Ocupacional S.A.S.

Igualmente, manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, que sean aportados por la parte demandante en alguna futura oportunidad procesal, solicitándole respetuosamente, de conformidad con lo dispuesto en el ya citado artículo 262 del C.G.P., imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación.

4. Oposición a la prueba sobreviniente

En igual sentido la entidad que represento se opone de manera categórica a la prueba sobreviniente solicitado por los demandantes, en tanto es claro que esta prueba no cumple con los requisitos de utilidad, pertinencia y necesidad en tanto no brinda contexto sobre los pormenores de la atención dispensada por la Clínica Asegurada y los supuestos errores de la entidad asegurada IPS Cafam, lo cual implica entonces un motivo más que suficiente para que el Despacho no admita dentro del trámite de la remisión de la historia clínica de colostomía Hartman.

5. Solicitud de pruebas de IPS Cafam.

Solicito que también se decreten como pruebas de Chubb los testimonios solicitados y la documental aportada en la contestación a la demanda por parte de la entidad **IPS Cafam**.

SECCIÓN IV: ANEXOS

- Los documentos anunciados en el capítulo de pruebas.

Se aclara que el certificado de existencia y representación legal de Chubb Seguros Colombia S.A., el certificado de existencia y representación de Restrepo & Villa Abogados S.A.S. y el poder especial que faculta a la apoderada para representar a Chubb Seguros, fueron aportados previamente cuando se solicitó acceso al expediente digital.

SECCIÓN V: DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

Chubb Seguros Colombia S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71 – 21 Torre B, Piso 7, de la ciudad de Bogotá D.C.

Restrepo & Villa Abogados S.A.S. recibirá notificaciones en la Calle 18 B Sur No. 38-54. INT 1805 Medellín Antioquia, y en los correos electrónicos correos@restrepovilla.com, eescobar@restrepovilla.com

Atentamente,



Esteban Escobar Aristizábal

C.C. 1037.667.404

T.P. 377.392 del C. S. de la J.

Rad.: 11001310302520230007200 // Proceso: Wendy Ceneth Quintero Pérez y otros vs. IPS Cafam // Contestación al llamamiento en garantía

Esteban Escobar <eescobar@restrepovilla.com>

Lun 29/01/2024 3:15 PM

Para:Juzgado 25 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;notificacionesjudiciales@cafam.com.com <notificacionesjudiciales@cafam.com.com>;seinprodelorientesas@gmail.com <seinprodelorientesas@gmail.com>;mauriciouribe@mvuabogados.com <mauriciouribe@mvuabogados.com>
CC:Ana Colombia Valencia <avalencia@restrepovilla.com>;Ana Isabel Villa Henríquez <avilla@restrepovilla.com>;Asistente de Litigios <asistentelitigios@restrepovilla.com>;Daniela Zapata Londoño <dzapata@restrepovilla.com>;Jeniffer Mesa <jmesa@restrepovilla.com>;Laura Restrepo Madrid <lrestrepo@restrepovilla.com>;Melissa Londoño Rodríguez <mlondono@restrepovilla.com>;Milena Alzate <malzate@restrepovilla.com>; Santiago Agudelo Giraldo <sagudelo@restrepovilla.com>;Santiago Rojas Bernal <srojas@restrepovilla.com>;Valentina Arango Castaño <varango@restrepovilla.com>

📎 2 archivos adjuntos (1 MB)
POLIZA CHUBB 55062.pdf; 2024.01.29 Contestación llamamiento Wendy Ceneth vs. IPS Cafam.pdf;

Señores
Juzgado 25° Civil del Circuito de Bogotá
E. S. D.

Proceso: Verbal
Demandante: Wendy Ceneth Quintero Pérez
Demandado: IPS Cafam
Radicado: 11001310302520230007200

Asunto: Contestación al llamamiento en garantía

Esteban Escobar Aristizábal abogado identificado con la C.C. 1.037.667.404, portador de la T.P. 377.692 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrito de la sociedad de servicios jurídicos **RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.**, apoderado judicial de **Chubb Seguros Colombia S.A. (en adelante Chubb)**, de conformidad con el poder que ya obra en el expediente, mediante el presente escrito me permito dar respuesta a la demanda subsanada promovida por la señora **Wendy Ceneth Quintero Pérez** en contra de **IPS Cafam**, y el llamamiento en garantía que formula **IPS Cafam** en contra de **Chubb**, en los términos de la contestación que se adjunta.

Adicionalmente, en cumplimiento del deber impuesto a los apoderados judiciales, en virtud del artículo 78, numeral 14 del CGP, copio el presente a las demás partes del proceso.

Enlisto los documentos adjuntos, así:

- 1. Contestación a la demanda y a los llamamientos en garantía.
- 2. Las pruebas solicitadas en el acápite probatorio.

Se aclara al Despacho que el certificado de existencia y representación legal de Chubb, el certificado de existencia y representación legal de Restrepo & Villa Abogados en donde se puede confirmar mi acreditar mi designación como abogado inscrito a la firma y el poder especial que faculta a la apoderada a representar a Chubb, fueron aportados previamente cuando se solicitó acceso a expediente digital.

Atentamente.

Restrepo & Villa
A B O G A D O S

Esteban Escobar Aristizábal
Cel. 301 6345493
eescobar@restrepovilla.com
www.restrepovilla.com

**JUZGADO 25 CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ
SECRETARÍA**

Bogotá D.C. 1° DE FEBRERO DE 2024

TRASLADO No. 004-T- 004

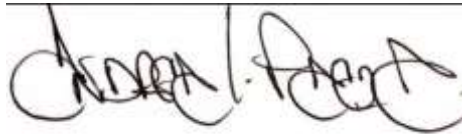
PROCESO No. 11001310302520230007200

Artículo: 370 CGP

Código: Código General del Proceso

Inicia: 05 DE FEBRERO DE 2024

Vence: 09 DE FEBRERO DE 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andrea L. Paez', written over a horizontal line.

ANDREA LORENA PAEZ ARDILA

Secretaria