

Señor
28 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE BOGOTÁ
J28pqccmbta@cendoj.ramajudicial.gov.co
E. S. D.

REF: Despacho Comisorio No.038-19 del Juzgado 44 Civil del Circuito de Bogotá, Proceso Reivindicatorio No.2018-0311 Demandante: Ingrid Melissa Pardo Orjuela Y OTROS. Contra **LUIS EVELIO VALDEZ BERMUDEZ**.

Asunto: Sustentación Recurso de Apelación contra Rechazo de plano a la oposición a la Entrega del inmueble de la Carrera 6 No.2 A-39 (Art.309-1 del C.G. del P.)

JUAN EMIRO AMADO BARRERA, obrando como apoderado del señor CRISTIAN CAMILO NEIRA TORRES, tercero y opositor a la entrega del inmueble de la carrera 6 No.2 A-39 de esta ciudad, a usted señor juez con todo respeto acudo a SUSTENTAR EL RECURSO DE APELACIÓN concedido contra su decisión de RECHARZAR DE PLANO LA OPOSICIÓN PORQUE, SEGÚN EL DESPACHO A SU DIGNO CARGO, EL OPOSITOR DERIVA SU DERECHO DEL DEMANDADO.

La incóformidad se resume de la siguiente manera:

1. A la diligencia de entrega comisionada al señor juez 28 de pequeñas causas y conocimiento múltiple de Bogotá, llevada a cabo el día de hoy 19 de Febrero de 2021, el señor CRISTIAN CAMILO NEIRA TORRES por intermedio del suscrito apoderado se opuso a la entrega del inmueble de la Carrera 6 No.2 A-39 de esta ciudad de Bogotá, y al efecto allegó, como prueba sumaria, un documento privado, entre otros, de las siguientes características:
 - (i) Contrato de Compraventa y Cesión de derechos de posesión del 100% de bien mueble;
 - (ii) El Cesionario Vendedor es el señor LUIS ANTONIO VALDEZ RODRIGUEZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía Número 79.910.305 de Bogotá;
 - (iii) En la cláusula primera de dicho documento privado, se deja ver EL OBJETO DEL CONTRATO, ..."transfiere a título de cesión, , venta real y efectiva a favor del CESIONARIO CMPORADOR, el derecho de posesión y mejoras que tiene y ha venido ejerciendo de forma quieta, pacífica e ininterrumpida sobre el 100% del siguiente bien..."
 - (iv) Se hace la entrega en la fecha de la firma del contrato (Junio12 de 2.015), clausula tercera del contrato;

2. Igualmente y para apoyar aún más la carga probatoria de esa posesión el tercero, señor CRISTIAN CAMILO NEIRA TORRES, hizo entrega al despacho comisionado de 4 declaraciones juradas, de personas todas mayores de edad, que afirman conocerlo desde hace más de quince años y que saben y les consta que actúa como dueño de la casa, documentos elevados ante la Notaría 7 del Circulo Notarial de Bogotá.

3. No obstante la señora juez comisionada, despachó fulminantemente la oposición interpuesta y sustentada bajo el argumento que: **"EL OPOSITOR DERIVABA SUS DERECHOS DEL DEMANDADO"** en consecuencia de acuerdo con el inciso primero del artículo 309 del C.G. del P. así lo decretaba.

4. El fundamento factico de la señora juez comisionada tiene que ver, según su apreciación, en que el señor LUIS ANTONIO VALDEZ RODRIGUEZ por ser hijo del demandado en reivindicación LUIS EVELIO VALDEZ BERMUDEZ no podía vender lo que no poseía. Igual dijo la funcionaria judicial que el señor LUIS ANTONIO VALDEZ RODRIGUEZ, había sido derrotado en un proceso de pertenencia que se tramitó entre los años 2013 y 2019 en el juzgado 34 Civil del Circuito de Bogotá (último auto allí dictado 18 de Julio de 2019, Archivo definitivo).

• El opositor demostró en dicha diligencia, sumariamente:

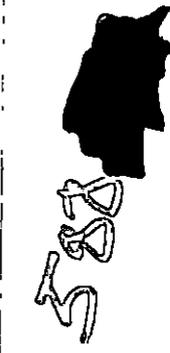
A) Actualmente ostenta la cosa, donde vive con su núcleo familiar compuesto de 6 adultos y 5 niños menores de edad, desde el 12 de Junio de 2015

B) Que para la fecha en que compró los derechos de posesión al señor LUIS ANTONIO VALDEZ RODRIGUEZ, éste tenía el alea posesoria vigente y lo hizo de buena fe

C) Que la posesión que el tercero opositor tiene hoy no proviene del demandado señor LUIS EVELIO VALDEZ BERMUDEZ, y que los efectos jurídicos de la sentencia reivindicatoria no lo alcanzan a este ni a su núcleo familiar,

D) Que la tenencia de la cosa, lo hace como señor y dueño, tal cual como lo demuestran las declaraciones juradas tomadas ante Notario Público.

• La señora juez comisionada olvidó, desconoció y no apreció



A) Lo que ha venido sosteniendo la doctrina y la jurisprudencia sobre la prueba sumaria, en Colombia" Aunque la legislación colombiana no define lo que debe entenderse por prueba sumaria, su noción ha sido precisada por la doctrina y la jurisprudencia nacionales. Así, para Antonio Rocha Alvira, la prueba sumaria es aquella que aún no ha sido controvertida por aquel a quien puede perjudicar, y de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, la prueba sumaria es plena prueba, lo que quiere decir que debe reunir las mismas condiciones de fondo de cualquier prueba, que sea pertinente o conducente, esto es, que sea la adecuada para demostrar un hecho o un acto jurídico concretos. En ese sentido la doctrina ha sido uniforme en señalar que la prueba sumaria suministra al juez la certeza del hecho que se quiere establecer en idénticas condiciones que lo hace la plena prueba, con la diferencia que la prueba sumaria no ha sido sometida a contradicción, ni conocimiento o confrontación por la parte contra quien se quiere hacer valer. Siendo claro que la prueba sumaria, es aquella que reúne las características de plena prueba que aún no ha sido controvertida, su exigencia para el decreto de las medidas, no vulnera los postulados constitucionales ni menoscaba las posibilidades del debido proceso para el demandante, puesto que siendo las medidas cautelares de carácter preventivo y provisional, el debate probatorio sobre la titularidad de los derechos y la validez de los documentos aportados se da a plenitud dentro del proceso verbal respectivo ante los jueces competentes de la justicia ordinaria civil. Por tanto, para la Corte, el legislador obró conforme a los principios de razonabilidad y proporcionalidad en la definición de las formas. (Sentencia C-523/09 Expediente, D-7612 Mag. Ponente Dra. María Victoria Calle Correa).

- B) Que las declaraciones juradas aportadas como pruebas sumarias a la diligencia, vertidas ante funcionario público contienen hechos demostrativos de la posesión en cabeza del opositor CRISTIAN CAMILO NEIRA TORRES, y las cuales fueron total y abiertamente desconocidas por la funcionaria judicial comisionada.**
- C) Que mi poderdante CRISTIAN CAMILO NEIRA TORRES, compró los derechos de posesión del señor LUIS ANTONIO VALDEZ RODRIGUEZ, en el mes de junio del año 2015, fecha en que gestionaba un proceso de pertenencia del bien que prometía en venta, hecho este que mi poderdante**

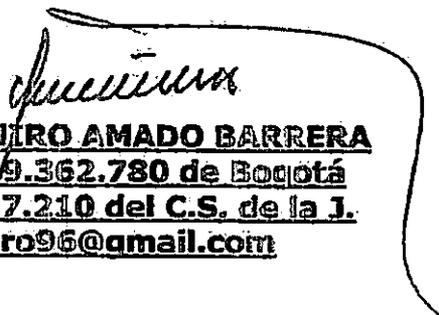
desconocía, pues la sentencia de primera instancia aún no era erga omnes

- D) Que la compra de esos derechos fue realizada de buena fe
- E) Que el tercero y opositor CRISTIAN CAMILO NEIRA TORRES, no tiene ningún vínculo directo e indirecto con el señor LUIS EVELIO VALDEZ BERMUDEZ, demandado en el proceso que ordena la reivindicación del inmueble, es decir, que de él no proviene su derecho.
- F) El señor juez comisionado, no obstante tener elementos de juicio dejó de interrogar al tercero opositor, sin razón ni fundamento.

Así las cosas dejo sustentado el recurso de apelación interpuesto contra la decisión tomada el día de hoy 19 de Febrero de 2021, en la diligencia de que trata la comisión de la referencia, solicitando al señor funcionario que al momento de tomar la decisión de segunda instancia que corresponda en derecho REVOQUE la de primera instancia y se acepte la oposición presentada por el señor CRISTIAN CAMILO NEIRA TORRES y se siga el procedimiento establecido en el artículo 309 del C.G. del P.

SOLICITUD PREVENTIVA, solicito con todo respeto que no obstante se haya concedido el recurso de apelación en el efecto DEVOLUTIVO, se tenga en cuenta que : " Respecto a las demás sentencias será concedido el recurso en el efecto devolutivo, sin embargo, el código señala que no podrán efectuarse entrega de dineros u otros bienes, hasta que no se resuelva la apelación, es decir, que, en este caso, aunque el efecto es devolutivo se suspende el proceso respecto a estas específicas circunstancias, hasta que se resuelva el recurso".

Atentamente,



JUAN EMIRO AMADO BARRERA
C.C.No.19.362.780 de Bogotá
T.P.No.37.210 del C.S. de la J.
Juanemiro96@gmail.com

Handwritten marks and a stamp in the top right corner.

TRASLADO. Para dar cumplimiento a lo ordenado en los *arts, 110 y 326 del Código General del Proceso*, se fija la sustentación del recurso de apelación, en lista de traslado en lugar público de la secretaría del Juzgado, *hoy 23 de febrero de 2022*, siendo las 8:00 AM, por el término legal de **tres (3) días**, que empieza a correr el día *24 de febrero de 2022* a las 8:00 AM, quedando a disposición de la parte contraria.

El Srio,

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'CAGT'.

CARLOS A. GONZÁLEZ T.

Señor:

JUEZ 44 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. _____ S. _____ D.

Radicado: 11001-31-03-044-2020-00370-00
Proceso: Verbal – Responsabilidad médica
Demandantes: Martha Salamanca y otros
Demandados: Clínica Juan N. Corpas Ltda. y otros
Asunto: Contestación a la reforma de la demanda.

LUIS FELIPE VEGA WILCHES, identificado tal como aparece al pie de mi firma, en calidad de apoderado judicial de la demandada **CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA.**, de conformidad con el poder aportado con la presente en los términos del Decreto 806 de 2020, con todo respeto procedo a contestar la reforma de la demanda, así:

OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR ESTE ESCRITO

Mediante auto notificado por estado del 1 de julio del año en curso, el despacho admitió la reforma de la demanda.

De conformidad con el artículo 93 del CGP, el término de traslado al demandado que ya ha sido notificado previamente, es por la mitad del término inicial, que correrá pasados tres días desde la notificación por estado del auto admisorio de la reforma de la demanda.

En este caso, el término para contestar la reforma de la demanda empezó a correr el día 7 de julio de la presente anualidad, siendo la fecha límite el día 21 de julio.

Por lo anterior, al momento de radicación del presente escrito nos encontramos dentro del término legal para contestar la reforma de la demanda impetrada.

CONTESTACIÓN A LAS PRETENSIONES Y OPOSICIÓN A LOS PERJUICIOS INMATERIALES SOLICITADOS

Expresamente **ME OPONGO** a todas y cada una de las declaraciones, pretensiones y condenas, sean estas principales o subsidiarias, directas o indirectas, individuales o solidarias incluidas en la demanda, porque carecen de fundamento legal y fáctico, toda vez que en el caso concreto no se reúnen los elementos *sine qua non* para que se pueda atribuir responsabilidad a mi mandante.

En cuanto a los PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES solicitados, debe manifestarse que de conformidad con lo establecido en el artículo 206 de la Ley 1564 de 2012, los mismos no son objeto de estimación,

por lo cual no me pronunciaré al respecto. Indica la norma referida: “El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales.”

Finalmente solicito, en cumplimiento de lo establecido en el artículo referido, que en caso de que se encuentre probado el valor excesivo de la cuantía de la reclamación, se condene a la parte demandante a pagarle a mi representada una suma equivalente al 10% de la diferencia.

CONTESTACIÓN A LOS HECHOS

Al Hecho IV.1.:

Transcripción del hecho:

IV.1. Siendo el sábado tres (3) del mes de marzo del año dos mil dieciocho (2018), a las 10:40 a.m. de la mañana aproximadamente, el señor TEOFILO ANTONIO DE LOS RIOS CHAVES, identificado con cédula de ciudadanía No. 2204686, tuvo una caída de una silla de la mesa del comedor, por lo cual, ante su réplica, las personas que lo estaban acompañando llaman al servicio de urgencias línea 123, quienes en un lapso temporal de quince (15) minutos, envían una ambulancia identificada como móvil 5904 de CURE, la cual no existe pues el servicio lo presta CRUE.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido.

Al Hecho IV.2.:

IV.2. El conductor de la ambulancia refiere que no traslada al paciente, a la Fundación Cardioinfantil, desatendiendo la solicitud de sus acompañantes, en razón, a que de acuerdo con las instrucciones de la E.P.S. SANITAS, el convenio, que tenía, era con la IPS, Clínica Juan N. Corpas. Desconociendo que el lugar donde ocurrió el accidente fue en Carrera 48 No. 170- 21, del Barrio Villa del Prado Norte en la ciudad de Bogotá D.C, y de allí a dicho establecimiento médico, es a una distancia menor de tres (3) kilómetros, y que a la Clínica Juan N. Corpas la distancia era de más de siete (7) kilómetros, y que, además, el operador de la ambulancia se demoró más de treinta (30) minutos esperando la confirmación del traslado a la clínica.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido.

Al Hecho IV.3.:

IV.3. Siendo las 11:25:36 a.m. del 3 (tres) de Marzo de 2018 el paciente TEOFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES, es recibido por el médico general SERGIO ANDRÉS SÁNCHEZ ROJAS, aun cuando han transcurrido más de dos (2) horas de evolución en una caída de su propia altura con un posterior trauma en cara sin persistencia de hematoma, se advierte que el paciente perdió el conocimiento por un tiempo posible de 2-5 minutos y posteriormente no pudo mantenerse en pie, producto de ello se llama la ambulancia y es ingresado a urgencias luego de casi dos horas.

Contestación al hecho: Respecto de lo afirmado de mi mandante es cierto; sobre lo restante no le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido.

Al Hecho IV.4.:

Transcripción del hecho:

IV.4. Los médicos realizan una revisión por rayos X y examen físico, en el que se observa un buen estado General del paciente, a los familiares se les pregunta, a qué medicamentos es alérgico el paciente, los cuales informaron reiteradamente que ERA ALÉRGICO AL DICLOFENACO Y A LA NOVALGINA.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Al paciente se le ordenaron gran cantidad de exámenes con el fin de identificar lesiones; no sólo una revisión por rayos X y un examen físico. También es falso afirmar un buen estado general siendo que dentro de los exámenes se evidenciaron fracturas y atrofia en cráneo. No se debe olvidar que según los familiares del paciente hubo pérdida de la consciencia, lo cual es indicativo de compromiso cerebral del paciente. Respecto de las alergias, en efecto el paciente manifestó ser alérgico a la dipirona y novalgina.

Al Hecho IV.5.:

Transcripción del hecho:

IV.5. El plan de manejo para el paciente luego del primer análisis fue: Oxígeno a 2 Litros, SSN 901 CC hora, tramadol de 50 Mg IV ahora, y se hacen los respectivos diagnósticos. Posteriormente, lo pasan a una sala denominada de observación de urgencias, y le solicitan la toma de radiografías de la cadera y un TAC de la cabeza.

Contestación al hecho: Es cierto de acuerdo a la historia clínica y bajo el contexto cronológico de la misma.

Al Hecho IV.6.:Transcripción del hecho:

IV.6. Siendo las cinco de la tarde 5:00 p.m., el diagnóstico médico fue, fractura en la cabeza del fémur izquierdo, y de allí, lo remiten a una camilla de ingreso, en la sala de urgencias y es canalizado.

Contestación al hecho: Es cierto de acuerdo a la historia clínica y bajo el contexto cronológico de la misma.

Al Hecho IV.7.:Transcripción del hecho:

IV.7. Una vez, canalizado, empieza el proceso de observación médica, haciéndole los exámenes de diagnóstico y la toma de signos vitales, los exámenes arrojaron un resultado de Fractura Del Cuello del fémur, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada, síncope y colapso e hipertensión.

Contestación al hecho: Es cierto de acuerdo a la historia clínica y bajo el contexto cronológico de la misma.

Al Hecho IV.8.:Transcripción del hecho:

IV.8. Los medicamentos que le fueron suministrados en el momento eran: metoprolol de 50 mg, cada veinticuatro horas, losartán de 50 mg, cada veinticuatro horas, tramadol clorhidrato 50 mg solución inyectable intravenoso cada 8 horas, lo anterior por ser paciente con epicrisis de hipertensión arterial, hipotiroidismo, más dolores asociados a una hernia discal, pendiente de tratamiento, además se deja en registro que el paciente es alérgico al analgésico DIPIRONA que le fue suministrada en reiteradas oportunidades, lo que podrá ocasionar enfermedades, que el paciente no contraría antes de ingresar al centro médico.

Contestación al hecho: Es cierto lo concerniente a la aplicación de medicamentos. Es cierto que el paciente refirió ser alérgico a la dipirona. Es falso que se aplicó dipirona al paciente el 3 de marzo de 2018.

Al Hecho IV.9.:Transcripción del hecho:

IV.9. Desde las seis (6:00 P.M) la tarde los acompañantes insisten en solicitar una cama mecánica, por los antecedentes médicos del paciente y el cuidado con su columna, aun así solo se le brindó una camilla N° (25), el día lunes, cinco (5) del mes de Marzo del dos mil dieciocho (2018), a las once de la mañana (11:00 A.M), le practicaron un electrocardiograma por presentar la saturación de los pulmones, muy baja, y exámenes de la tensión, el paciente presenta dolores en la espalda, cuello y cabeza, las que se agravan más en razón a la edad y la incomodidad en la que se encuentra, sin contar con el mal descanso pues no logra dormir adecuadamente ya que se agita por motivos de su hipertensión la cual nunca pudo ser controlada.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante lo afirmado respecto de la cama mecánica por no estar contenido en la historia clínica; lo que podemos afirmar con total certeza es que al paciente se le brindaron y otorgaron todos los elementos necesarios para garantizar una estancia adecuada en la Clínica. Es cierto que al paciente le practicaron electros y exámenes de tensión. Es falso que la hipertensión nunca pudo ser controlada ya que de las diferentes lecturas contenidas en la historia clínica se evidencia la disminución de las lecturas. No olvidemos que el paciente tenía antecedente de hipertensión arterial el cual se debe controlar a través de medicamentos. En la historia clínica se evidencia claramente el suministro de los medicamentos tendientes a disminuir la tensión (la tensión arterial alta sólo se puede disminuir con la administración de medicamentos).

Al Hecho IV.10.:

Transcripción del hecho:

IV.10. El día seis (6) de Marzo a las (12:40) es aprobada definitivamente la cirugía y no se realiza porque los materiales no se autorizaron por la EPS Sanitas, cómo es posible hacer una cirugía sin instrumentos, es lo que no se explican los familiares, pero sin poder hacer nada más aceptan. Sumado a lo anterior en la historia médica, folio 53, se hace énfasis en importancia de realización de procedimiento de carácter urgente debido a riesgo secundario a fractura.

Contestación al hecho: Respecto de lo afirmado de mi mandante es cierto de acuerdo a la historia clínica; sobre lo restante no le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido.

Al Hecho IV.11.:

Transcripción del hecho:

IV.11. En horas de la madrugada, se agrava el estado de salud del paciente en atención al aumento de la tensión arterial que nunca fue controlada hasta su deceso y esto se hace más gravoso cuando se evidencia que se le aplica un miligramo de DIPIRONA, la cual, contiene un componente de la NOVALGINA. Sobre las dos de la mañana 2:00 a.m., ante la angustia de los acompañantes que se percatan de lo anterior, se le hace el reclamo a la enfermera de turno haciendo caso omiso, tampoco llegaron ante la insistencia del timbre de urgencia. La señora Martha Patricia Salamanca, sale corriendo para denunciar estos hechos y quitan el tubo de introducción del medicamento lo desocupan y corta el flujo de suministro del mismo. Lo anterior se hace más gravoso cuando este medicamento fue inyectado el día cinco de Marzo de 2018 (5/03/2018) a las 17:39 al paciente, autorizado por el médico general YONNY ROLANDO HERNANDEZ MENDEZ, el cual haciendo caso omiso a las advertencias de la historia médica y a la información revelada por los familiares autorizo, lo que podría ocasionar infecciones, u otro tipo de enfermedad, poniendo en riesgo la vida del paciente. Posteriormente el médico RODRIGO BENAVIDES LOPEZ, vuelve y receta DIPIRONA siendo las 10.05 am del día siete (07) de Marzo, como consta en folio 66 de la historia clínica del paciente.

Contestación al hecho: Es falso que la tensión no fuera controlada; todo lo contrario, siempre se dio la medicación indicada y necesaria para controlarla, sin embargo las condiciones particulares del paciente hacían que dichas cifras subieran y bajaran tal como se evidencia en las diferentes tomas. Es cierto que en la historia clínica aparece orden de dipirona, sin embargo, como lo dice el demandante, este medicamento no fue suministrado; posteriormente a este hecho el 7 marzo de 2018 no se ordenó ni suministró dicho medicamento. Ahora bien, en gracia de discusión, en caso que se hubiera aplicado hubiera generado alergias en el paciente (la cual no se evidenció en el paciente de acuerdo a la historia clínica) y, en ningún caso, su aplicación genera infecciones tal como lo afirma el demandante. Dicho de otra manera, en caso de haber aplicado la dipirona al paciente, lo máximo que hubiera pasado es que hubiera presentado una reacción alérgica momentánea, sin embargo, esto no sucedió.

Al Hecho IV.12.:

Transcripción del hecho:

IV.12. En la mañana se pone de sobre aviso a la jefe que toma el siguiente turno contándole lo sucedido, y se pregunta por la cirugía sobre las nueve de la mañana, indicando que se debe esperar para que la EPS contestara, en consecuencia los familiares llaman a la EPS para que los suministrará, ante esta omisión, el día miércoles siete (07) de Marzo, remiten a una funcionaria de nombre PILAR de la Clínica Juan N. Corpas, para que se autoricen los instrumentos quirúrgicos de manera definitiva que no han acabado de conseguir, porque están buscando un solo sitio para adquirirlos, y que en media hora tiene respuesta. Posteriormente, llaman y dicen que los autorizaron y que ya los enviaban a la clínica, la dilación es tal, que, se llama a la línea de denuncias de la Superintendencia Nacional de Salud y comento todo el caso, y envían una carta de respuesta.

Contestación al hecho: Es falso respecto de mi defendida. La **CLÍNICA JUAN N. CORPAS** no incurrió en demoras en la atención médica del

paciente, como tampoco en la programación y realización de la intervención quirúrgica programada. Se pone de presente que esta atención no era urgencia vital que requiriera atención inminente, sino que daba tiempo para su realización. Por otra parte, era necesario controlar la tensión arterial del paciente, lo cual se estaba haciendo aplicando los medicamentos correspondientes. Y, por último, los utensilios necesarios para la realización de la cirugía deben pedirse a los distribuidores autorizados ya que las instituciones no suelen tener inventario de estos elementos, sino que se piden según la necesidad del servicio.

Al Hecho IV.13.:

Transcripción del hecho:

IV.13. En la desesperación el señor Santiago De Los Ríos Salamanca y Martha Patricia Salamanca al ver tan difícil la situación, se comunican con sus familiares solicitando que por favor encontraran la forma de viajar lo antes posible para colaborar con los cuidados del paciente TEOFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES ya que su estado de salud no es el mejor.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido.

Al Hecho IV.14.:

Transcripción del hecho:

IV.14. El señor TEOFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES, durante este día sigue con la tensión alta, aun así, es recibido en la sala de cirugía el día 8/3/2018 a las 08:28:38 a.m. por la auxiliar de farmacia Gloria Marcela Balcázar Rodríguez.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. En efecto el paciente tenía antecedentes de hipertensión arterial y esta patología se evidenció durante su estadía en **CORPAS**; sin embargo, siempre fue controlada mediante medicamentos y en el día en particular se dio manejo con el fin de poder bajar los niveles tensionales y poder hacer la intervención quirúrgica sin complicaciones tal como sucedió.

Al Hecho IV.15.:

Transcripción del hecho:

IV.15. La cirugía, inició a las 8:50 a.m. y finalizó a las 10:28 a.m., realizada por la médica MEYLIN ADRIANA MUSKUS ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, también asistieron: ANESTESIÓLOGO CARLOS MAURICIO VILLAMIZAR, INSTRUMENTOS QUIRÚRGICO NIDIA PÁEZ LANCHEROS, AYUDANTE CAMILO ANDRES DELGADILLO GUEVARA. Al paciente se le subió tanto la tensión arterial al momento de la cirugía, y le suministraron medicamentos para lograr estabilizar y llegar a ciento ochenta a un punto posible de operar, aun así, la operación fue un éxito sin ninguna complicación.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. En efecto al paciente se le subió los niveles tensionales, pero fue controlado con medicamentos antes de iniciar el procedimiento quirúrgico. Es decir que la intervención quirúrgica no inició hasta que los niveles tensionales del paciente estuvieran estables. Es cierto que la intervención quirúrgica no tuvo complicaciones.

Al Hecho IV.16.:

Transcripción del hecho:

IV.16. El paciente sale de cirugía con medidas de seguridad instauradas, en proceso de recuperación de anestesia, con oxígeno por máscara, monitorizado, con acceso venoso permeable pasando lactado de ringer a 100 cc/h, con herida quirúrgica limpia, cubierta sin evidencia de sangrado.

Contestación al hecho: Es cierto de acuerdo a lo contenido en la historia clínica.

Al Hecho IV.17.:

Transcripción del hecho:

IV.17. En la evolución médica del paciente luego de la cirugía se encuentra con hipertensión arterial no controlada y tos frecuente, afectando considerablemente los pulmones, lo anterior no es novedoso conforme a los exámenes realizados anteriormente por los médicos.

Contestación al hecho: Es cierto de acuerdo a lo contenido en la historia clínica.

Al Hecho IV.18.:

Transcripción del hecho:

IV.18. El viernes nueve (9) de Marzo, continúa con la tos y se solicita asistencia médica, debido al aumento en la deficiencia respiratoria, la tensión arterial alta y la saturación baja. Se exige que por favor controlen la tensión arterial, porque la poca entrada de oxígeno, su capacidad para respirar, están afectando su sistema circulatorio.

Contestación al hecho: Falso tal cual está transcrito. Para esta fecha no existía deficiencia respiratoria marcada diferente a la propia luego de una intervención quirúrgica. En cuanto a la tensión alta se ha dicho en bastantes oportunidades que es una patología propia del paciente y siempre fue controlada con medicamentos tal como aparece en historia clínica.

Al Hecho IV.19.:

Transcripción del hecho:

IV.19. El sábado (10) de Marzo el señor TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES pasa una noche desastrosa sin atención médica, sigue con la tensión alta y el pecho congestionado, siendo las 7:15 de la mañana viene el médico para hacerle terapia respiratoria y le deja un aparato para estimular la respiración.

Contestación al hecho: Es falso que el paciente no tuviera atención médica; siempre la tuvo en su estancia en **CORPAS**. La condición del paciente se dio por sus patologías de base, pero nunca por una presunta falta de atención por parte de mi poderdante.

Al Hecho IV.20.:

Transcripción del hecho:

IV.20. El sábado diez (10) de Marzo a las cinco cincuenta 5:50 pm, lo envían a exámenes de creatinina y exámenes de sangre y gases arteriales y a las siete de la noche lo programan un Angiotac para descartar un coágulo en el pulmón que parece existir.

Contestación al hecho: Es cierto de acuerdo a la historia clínica.

Al Hecho IV.21.:

Transcripción del hecho:

IV.21. En horas de la madrugada por el dolor aplican tramadol, los exámenes tan solo fueron practicados hasta el día domingo once (11) de Marzo, a las once de la mañana, para analizar al paciente completamente. Los exámenes tienen como prioridad dar razón al porqué no ha sido posible controlar la tensión, la presión en el tórax, la continua tos que le impedía la respiración, el posible coágulo en el pulmón y demás enfermedades que se puedan encontrar.

Contestación al hecho: Falso tal cual está transcrito. Al paciente se le hicieron todos los exámenes diagnósticos necesario durante su estancia en **CORPAS**. La tensión se controla a través de medicamentos y ello fue lo que se hizo. El resto de patologías sobrevinientes del paciente se dan como consecuencia de sus comorbilidades y nunca por una falta o demora en la atención.

Al Hecho IV.22.:

Transcripción del hecho:

IV.22. El día lunes doce (12) de Marzo, después de mucha presión por parte de los familiares son informados de los resultado del Angiotac, que evidencian hallazgos compatibles con trombo embolismo comprometiendo la arteria pulmonar izquierda a nivel del lóbulo inferior, y un proceso neumónico apical anterior izquierdo, adicional le parece una enfermedad intersticial de base con mayor compromiso a nivel de las bases, con importante trauma interstisional y derrame pleural laminar, y adicional elongación amaromatosis del botón aórtico con ventriculomegal izquierda y colelitiasis y cambios severos espondiloartrosicos de la columna torácico lumbar y delirium hipoactivo del origen a establecer (infeccioso), las anteriores enfermedades no las tenía el paciente cuando ingresó a Clínica y después de nueve (9) días de estar internado aparecen.

Contestación al hecho: A mi poderdante no le consta lo afirmado respecto de los familiares del paciente por no aparecer en historia clínica. Es cierto los hallazgos del paciente, los cuales fueron riesgos previamente puestos de presente al paciente y sus familiares pero que lastimosamente se presentaron en el paciente. En otras palabras, las complicaciones presentadas en el paciente obedecen a sus condiciones patológicas propias y no a una presunta atención indebida o inadecuada de mi mandante. Es cierto que algunas de las patologías presentadas por el paciente durante su estancia en **CORPAS** no las presentaba antes de su ingreso, sin embargo, éstas obedecen a riesgos propios de la atención médica, los cuales fueron informados y aceptados por el paciente.

Al Hecho IV.23.:

Transcripción del hecho:

IV.23. Por los hallazgos médicos empiezan a darle antibióticos y manifiestan que el coágulo que aparece en el Angiotac no están grande pero posiblemente el señor TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHÁVES padece una supuesta neumonía, aun cuando El doctor RODRIGO BENAVIDES dice que según la lectura de la placa del radiólogo y que para su concepto él no tenía neumonía, pero preventivamente dice que le dan antibióticos para prevenir, lo anterior no da certeza si no dudas en cuanto al resultado de los exámenes, (la neumonía fue una de las causas determinantes para que el paciente falleciera y esta fue obtenida en la Clínica Corpas, pues en estudios anteriormente realizados nunca se evidencio esta enfermedad hasta el día de hoy.

Contestación al hecho: Es un alegato y no un hecho. Es cierto respecto de la condición del paciente de acuerdo a la historia clínica, pero las conclusiones son opiniones.

Al Hecho IV.24.:

Transcripción del hecho:

IV.24. El día 13 de Marzo el paciente TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES, mejora un poco de la tensión aunque esta no ha sido controlada, pero las enfermeras cometen otro grave error y fue haberlo ubicado en posición de medio lado sobre su costado derecho, la razón del error es que la Médica Cirujana MEYLIN ADRIANA MUSKUS había dejado informado que a sus pacientes con cirugía de cadera deben permanecer mínimo 1 mes durmiendo boca arriba, por el riesgo de que el músculo deje de cubrir la cadera y se desgarré. Aun así, después de este terrible error, la doctora responsable de la cirugía MEILYN ADRIANA MUSKUS aparece este día cuando ya han pasado cinco (5) días después de haber practicado la cirugía, incumpliendo sus deberes profesionales, éticos y legales como médica en el cuidado postoperatorio del paciente.

Contestación al hecho: En efecto la tensión alta fue un elemento presente con regularidad, la cual fue tratada de manera adecuada y correcta de acuerdo a las condiciones del paciente. Es falsa la afirmación de la mala actuación de las enfermeras ya que siempre siguieron las indicaciones médicas; otro tema muy diferente es la conducta poco colaboradora que el paciente asumía en algunas ocasiones, las cuales están descritas en las correspondientes notas de enfermería. Por último, se debe recordar que este paciente es de tipo institucional y no particular, razón por la cual el seguimiento a su estado de salud lo realiza todo el personal disponible y a cargo del servicio correspondiente, por lo que es falsa la afirmación de que la cirujana incumplió con sus deberes profesionales.

Al Hecho IV.25.:

Transcripción del hecho:

- IV.25. El paciente conforme a la evolución médica elaborada por MIGUEL HERNÁN ORTIZ RAMÍREZ, evidencia problemas de TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ARTERIA PULMONAR IZQUIERDA A NIVEL DEL LÓBULO INFERIOR, NEUMONÍA APICAL ANTERIOR IZQUIERDA ASOCIADA A CUIDADO DE LA SALUD, DERRAME PLEURAL LAMINAR, FRACTURA INTERTROCANTÉRICA DEL FÉMUR IZQUIERDA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA NO CONTROLADA, HIPOTIRIDISMO, la cual él no tenía anteriormente y fue contraída en la Clínica Corpas como las demás enfermedades, malestares que se mencionan y no se encuentra registro, que el paciente las padecía antes de ser hospitalizado.

Contestación al hecho: Es cierto respecto del análisis médico. Respecto de las afirmaciones restantes ver contestación al hecho IV.22.

Al Hecho IV.26.:

Transcripción del hecho:

- IV.26. Hasta el día catorce (14) de Marzo después de cuatro (4) días de espera se le realiza la terapia física ordenada, lo que contradice la orden médica de cuidado postoperatorio después de la cirugía ya que se había autorizado por orden médica que desde el día siguiente de la cirugía debía iniciar terapia física. Luego del reclamo hecho por los familiares, manifiestan que la razón es que la persona encargada para la terapia física sólo visitaba a la clínica en los días hábiles, lo anterior deja entre dicho la idoneidad de la Clínica Corpas, la cual no era la IPS adecuada para tratar este tipo de lesiones y de ser este el caso porque no solicitaron el traslado del paciente a un Hospital o Clínica que realmente tenía los equipos y el personal idóneo para estos casos. (Lo anterior podría ser contrastada con la teoría del riesgo creado pues la Clínica Corpas, que a sabiendas de que no contaba con los equipos, personal e instalaciones adecuadas no solicitaron el traslado del paciente a otro centro de salud que si fuera competente, ocasionado un daño irreparable a la salud del paciente y prueba de ello es que contrajo neumonía, debilitándose y que posteriormente la Clínica al ver que no era idóneos para tratarlo, por las complicaciones que presentó, no solicitó el traslado hasta cuando ya era muy tarde, provocando su fatal deceso.

Contestación al hecho: Es falso. Al paciente se le realizó terapia física desde el momento que lo requería. El resto de afirmación es alegato, el cual es incorrecto y que sólo constituye una simple opinión.

Al Hecho IV.27.:

Transcripción del hecho:

- IV.27. La noche del catorce (14) de Marzo, empieza a presentar alteración de su estado de conciencia con episodios repetidos y sin mostrar mejoría en los estados de tos, aun así esto se agrava cuando se le suministra el oxígeno y ni con la ayuda de este último se logra estabilizar la tensión arterial, como tampoco la respiración, que anteriormente se controlaba cuando al paciente se le suministraba, lo anterior aunque para los familiares era preocupante, no lo fue ni para los médicos ni las enfermeras que daban un parte de mejoría o normalidad.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna.

Al Hecho IV.28.:**Transcripción del hecho:**

IV.28. El día quince (15) del mes de Marzo del año dos mil dieciocho (2018), se realizó nuevamente la terapia física, la cual no se culminó debido al estado de debilidad física, en que se encontraba el paciente TEÓFILO ANTONIO DE LOS RIOS CHAVES, en consecuencia se solicita por parte de los familiares hacer algún examen por el color amarillo que presentaba el paciente en su rostro, en razón a ello se realiza el cuadro hemático, lo anterior se hace más preocupante cuando por parte de los médicos no han realizado ningún chequeo sanguíneo, cuando es evidente que la disminución de oxígeno en el cuerpo, la tensión alta y la neumonía que se pronosticó y demás males pulmonares podrían ocasionar acidez en la sangre, que sería catastrófico para el paciente en su salud y deseo de seguir con vida.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna.

Al Hecho IV.29.:**Transcripción del hecho:**

IV.29. El paciente TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES, producto de los medicamentos dormía todo el tiempo, padecía de delirio, con una tos continua y se agudizaba su debilitamiento, en repetidas ocasiones, aun cuando su estado de salud era delicado y debía ser atendido por profesionales, era atendido por médicos practicantes y estudiantes, los cuales hacían chequeo de la saturación, cambio del tubo de respiración o boquillas y demás funciones, la calidad en el servicio no era la adecuada, prueba de ello es que a uno de los estudiantes recibe por orden médica el cambio de tubo de respiración o boquillas, y manifestó que ellos no sabían cambiar esa boquilla ya que a ellos les enseñaban la teoría y no la práctica en ese momento llama a la enfermera de turno para que hiciera dicho cambio de boquilla. Lo anterior genera mucha preocupación pues, ellos son médicos que se encuentran atendiendo y cuidando al paciente en un estado de salud tan delicado como el señor TEÓFILO ANTONIO DE LOS RIOS CHAVES. También se le solicitó el chequeo de la tensión y llegó el médico de turno quien advirtió que ya estaba mejorando el paciente. Durante el transcurso del día aparece una médica nutricionista y advierte, que por el contrario no mejora el cuadro clínico y que el paciente se encuentra fuertemente afectado en su sistema sanguíneo, e informa que si para el día sábado continúa así, le realizarían otro chequeo de sangre, con el fin de ver si aumentaba la falta de oxígeno en la sangre, que, de aumentar, realizarán una transfusión de sangre o por el contrario le tenían que incorporar una sonda de alimentación. Ahora bien, el paciente antes de ser hospitalizado en ningún estudio apareció con afectación al sistema sanguíneo, de lo anterior se podría concluir que fue producto de los cuidados dados en la Clínica Corpas.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna.

Al Hecho IV.30.:**Transcripción del hecho:**

IV.30. El paciente TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES, en horas de la tarde sentía dolores muy fuertes en la parte baja de la espalda y solicitaba que fuera mejor acomodado, lo cual se realizó con ayuda de los familiares, ya que las enfermeras nunca acudieron, cuando fue reubicado se observó que tenía una llaga en la parte posterior de la cadera y que las curaciones no eran muy higiénicas a simple vista

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna.

Al Hecho IV.31.:**Transcripción del hecho:**

IV.31. En horas de la noche el paciente TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES aumentó su delirio, su tos no disminuía, antes era más intensa, así como sus dolores en el pecho, la cabeza y espalda provocando una estancia en la Clínica insostenible.

Contestación al hecho: Es cierto respecto de la condición médica del paciente de acuerdo a la historia clínica. El resto de afirmaciones son opiniones.

Al Hecho IV.32.:**Transcripción del hecho:**

IV.32. El día viernes dieciséis (16) del mes de Marzo del año dos mil dieciocho (2018), el debilitamiento había aumentado y era notorio a simple vista, el personal médico no se encontraba, solo se estaba rodeado de enfermeras y estas no atendían al botón de emergencia, lo anterior demuestra que la Clínica Corpas no era el lugar adecuado para este paciente que se encontraba en un estado tan grave, pues padecía neumonía, el señor TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES no le fue posible hacer completa la terapia física por su estado de salud ya que presentaba mareo, mucho dolor, ni las siguientes después de esta fecha.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna. El paciente siempre tuvo atención médica; rechazo cualquier afirmación o insinuación de abandono de paciente.

Al Hecho IV.33.:**Transcripción del hecho:**

IV.33. El día sábado diecisiete (17) del mes de Marzo del año dos mil dieciocho (2018), en las horas de la mañana llega una médica y retira el dispositivo de respiración aduciendo que él ya debería empezar a respirar por sus propios medios, lo cual era ilógico por el estado en que se encontraba además de la tos intensa que sufría, todo esto obligó a que en media hora, otro médico corrigiera el procedimiento e instalará el dispositivo nuevamente, lo anterior, pone en riesgo la vida del paciente por más de treinta (30) minutos, esto hace pensar que el personal no es idóneo por sus continuos errores o estaría buscando un fin inesperado para este paciente. Pero esto se hace más preocupante cuando el mismo día el señor TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES, no puede hablar correctamente, para lo cual se solicita atención médica pero no hubo respuesta inmediata de lo acontecido, en pro de la angustia y preocupación requerimos una enfermera que se tuvo que contratar particularmente, para acompañar al paciente en horas de la noche.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna.

Al Hecho IV.34.:**Transcripción del hecho:**

IV.34. El día dieciocho (18) del mes de Marzo, la enfermera contratada Janeth con numero de celular 3208807646, informa sobre el estado del señor TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES, el cual ha pasado una noche fatal. El paciente se encontraba con la boca abierta y no pudo casi hablar, en consecuencia, ingresa Rafael E. De Los Ríos Salamanca, hijo del señor y solicita con urgencia asistencia médica para que fuera revisado, se oprime el botón de emergencia el cual no surge ningún efecto en las enfermeras, lo anterior era sorprendente pues el paciente padecía neumonía, lo que significa que debía ser tratado con mayor grado de cuidado por parte de los médicos y enfermeras de la Clínica.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna.

Al Hecho IV.35.:**Transcripción del hecho:**

IV.35. En vista de la gravedad del estado del paciente quien padecía ya un color de piel blanco y con mucha dificultad en su respiración, el señor Rafael E De Los Ríos Salamanca (hijo) siendo las 8:00 am del día dieciocho (18) de Marzo y al no tener asistencia médica decide con la señora Martha Salamanca (cónyuge) salir a buscar atención médica urgente, en la búsqueda encuentran a los médicos practicantes que estaban ubicados en el salón de estudio, los cuales hacían caso omiso al llamado pero que finalmente acudieron, en el lapso de tiempo en el que se buscaba apoyo médico el paciente TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES presenta síntomas de ahogamiento que gracias a la insistencia de sus familiares un médico practicante logra entrar y hacer las maniobras adecuadas, mientras otros buscan a sus docentes para que les apoye y otros buscan tanques de oxígeno y demás instrumentos necesarios para la reanimación, ni los tanques de oxígeno, ni los médicos fueron encontrados con facilidad, porque ninguno de los dos estaban en los lugares indicados. Luego de encontrar los tanques y los médicos, la habitación es inundada por personal y es enviado a la sala de reanimación que luego de casi una hora se recibe la noticia que el paciente se recupera satisfactoriamente. Lo anterior sucede porque ningún médico, enfermera o estudiante se apersonó de la situación, dejando al paciente totalmente indefenso y por consiguiente se hace casi imposible culpar solo a un médico de los malos tratos y procedimientos que le dieron a este paciente, aun así, se inició transfusión de Glóbulos Rojos, la anterior nota es realizada por la auxiliar de enfermería VIVIANA MUÑOZ CORTES.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna. El paciente siempre tuvo atención médica; rechazo cualquier afirmación o insinuación de abandono de paciente.

Al Hecho IV.36.:

Transcripción del hecho:

IV.36. Siendo las 13:00 horas del día dieciocho (18) de Marzo de 2018, se informa del estado actual del paciente, además se comunica que la Clínica Juan N. Corpas no podrá continuar con el paciente y que debía remitirse a otra clínica, lo anterior podría entenderse que aceptan tácitamente, su falta de idoneidad, en el tratamiento y en el personal para el cuidado del mismo, ya que no se percataron en cosas tan básicas como el color de piel, la imposibilidad de controlar la hipertensión de la cual padecía, la tos intensa que sufría, la imposibilidad de respirar adecuadamente por más de más de cinco (5) días, sin contar con la posible anemia y la neumonía que seguramente contrajo en la CLÍNICA JUAN N. CORPAS, las cuales fueron fatales para el paciente. Pero solo en el evento en que casi fallece se dignan a reconocer su poca idoneidad y comunicar que no pueden seguir haciéndose cargo de los cuidados médico asistenciales al señor TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES cuando pudieron haber admitido oportunamente sus inconsistencias y solicitar el traslado del paciente a otro centro de salud, evitándole perjuicios irremediables para sus familiares como a él mismo paciente.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito. Es un alegato y como tal sólo constituye una opinión. Me atengo a lo contenido en la historia clínica la cual da cuenta del estado real del paciente sin suposición alguna. El paciente siempre tuvo atención médica; rechazo cualquier afirmación o insinuación de abandono de paciente. La remisión

se hizo con el fin de ubicarlo rápidamente en unidad de cuidados intensivos, la cual no tenía disponible en ese momento **CORPAS**; pero nunca la remisión se hizo por falta de idoneidad.

Al Hecho IV.37.:

Transcripción del hecho:

IV.37. Una vez, los familiares enterados que tenía que ser remitido el paciente, empiezan a presionar por el estado de esa solicitud de traslado, llamando en repetidas ocasiones a la EPS y acercándose al área de referencia y contra-referencia, tomando por decisión propia. Encontrándose cientos de barreras, nuevamente la negligencia y desidia de los operadores de la clínica y de la EPS, eran notables, el funcionario de la EPS de nombre Diana, indica, que no le pueden dar trámite a la solicitud, debido a que la IPS, tramito, mal la petición, por poner el nombre "ESTATUS PRIORITARIO" y la EPS indicó que tenía que ser "ESTATUS PRIMARIO".

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido respecto de la EPS. Es falsa la afirmación de diligenciamiento incorrecto de documentos; en casos de urgencias vitales siempre prevalece la vida del paciente frente a cualquier tipo de requisito administrativo.

Al Hecho IV.38.:

Transcripción del hecho:

IV.38. La solicitud se hizo a las doce y media, y después de repetidas súplicas, de buscar al médico tratante para la corrección de la orden médica remisoría, el operario de nombre "ANDRÉS" de la clínica, vuelve a enviar la solicitud a las dos y media de la tarde y una vez corregido se obtiene autorización sobre las seis (6:00 P.M) de la tarde para el paciente fuera remitido, y siendo las ocho y media de la noche al Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Contestación al hecho: Es falsa la afirmación de diligenciamiento incorrecto de documentos o demora en la solicitud de cama UCI; en casos de urgencias vitales siempre prevalece la vida del paciente frente a cualquier tipo de requisito administrativo.

Al Hecho IV.39.:

Transcripción del hecho:

IV.39. En el lapso previo a la remisión del paciente obtuvimos un parte médico, el cual fue entregado al señor, Rafael De Los Ríos de manera verbal y donde el doctor le muestra la placa de tórax que le habían tomado al paciente y el doctor comenta que la imagen de los pulmones mostraba un estado sin marcas de debilitamiento. Así mismo, no había asistencia de camilleros en la Clínica, siendo, ya las 8:30 p.m, con lo cual, se hizo indispensable que tuvieran prestar ayuda los familiares que se encontraban presentes, para ubicarlo en la respectiva camilla con la que iba a ser remitido. En la camilla transcurrió un lapso de treinta (30) minutos tratando de acondicionarlo para la remisión en la ambulancia designada, en la cual tuvieron inconvenientes para la canalización, y a las 9:00 p.m. lo ingresan en la ambulancia.

Contestación al hecho: Es falso tal cual está transcrito en la historia clínica. En la historia clínica no se evidencia esta situación la cual no deja de ser un alegato y por ende una mera opinión.

Al Hecho IV.40.:

Transcripción del hecho:

IV.40. A las nueve y cuarto de la noche aproximadamente llega al HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL, el paciente TEÓFILO ANTONIO DE LOS RIOS CHAVES quien es recibido por la jefa de la ambulancia, dos mujeres lo trasladaron y acompañaron, la enfermera manifestó que agradeceríamos que el paciente llegó vivo, ya que estaba muy mal canalizado, haciendo notar más el mal trabajo realizado por los galenos de la Clínica Corpas.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido, por lo que me atengo a lo que se logre probar en el transcurso del proceso.

Al Hecho IV.41.:

Transcripción del hecho:

IV.41. El doctor GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RICAUTE, es quien recibe al paciente, en la unidad de cuidados intensivos, da un parte del estado en que se encuentra el paciente, el cual menciona que estaba en un estado demasiado crítico, luego de hacer un análisis del paciente el doctor DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIO señala lo siguiente: " El paciente masculino de 78 años de edad quien ingresa en muy malas condiciones generales hipoperfundido, hipotenso y desaturado, se considera cursando con clínica de choque de etiología multifactorial:

"Choque séptico por compromiso infeccioso de posible foco pulmonar secundario a neumonía adquirida en el hospital (extra institucional) de momento con importante vasopresina y se asocia hidrocortisona, teniendo en cuenta larga estancia hospitalaria y factores de riesgo para gérmenes resistentes se inicia manejo antibiótico de amplio espectro con vancomicina y meropenem.

No se descarta choque obstructivo por tromboembolismo pulmonar sin embargo por evolución cronológica más de 8 días (información suministrada por familiares ya que ingresa con historia clínica muy incompleta de sitio de remisión) es menos probable de momento se deja manejo con anticoagulación y se solicita ecocardiograma urgente para evaluar el compromiso de ventrículo derecho que condicione intervenciones adicionales(...).

Se considera entonces paciente en muy mal estado general con disfunción orgánica múltiple por choque multifactorial los gases arteriales muestran acidemia metabólica severa e hiperlactatemia por fuera de rango de registro (mayor a 20), tiene muy alto riesgo de mortalidad a largo plazo, se informa a familia el estado actual del paciente y el mal pronóstico, al ingreso requiere invasión para monitorización y manejo vasopresor de forma prioritaria”

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido, por lo que me atengo a lo que se logre probar en el transcurso del proceso.

Al Hecho IV.42.:

Transcripción del hecho:

IV.42. A la 1:00 a.m. del día lunes diecinueve (19) de Marzo de 2018, entregan un segundo informe donde se indica que se estaban haciendo los procedimientos correspondientes con el interés de mejorar el estado del paciente y de reconocer el estado en que se encuentra el mismo, pues la historia clínica que entregó la Clínica Corpas no es de ayuda para los médicos al encontrarse incompleta, incumpliendo los deberes que le asisten respecto del manejo, actualización y documentación de la historia clínica, aún así, los procedimientos se realizan sin cambios.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido, por lo que me atengo a lo que se logre probar en el transcurso del proceso.

Al Hecho IV.43.:

Transcripción del hecho:

IV.43. Llegadas las 5:30 a.m. se vuelve a consultar el estado del paciente y el mismo doctor que recibió comenta que el paciente no presentó mejoría en toda la noche y que sus niveles de lactato y acidez de sangre se habían aumentado, además de la neumonía que estaba enfrentando con lo anterior da entrada libre a la unidad de cuidados intensivos a todos sus familiares para despedirlo por estar agonizando.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido, por lo que me atengo a lo que se logre probar en el transcurso del proceso.

Al Hecho IV.44.:**Transcripción del hecho:**

IV.44. Siendo las 6:14 a.m. del lunes diecinueve (19) de marzo de 2018, el paciente TEÓFILO ANTONIO DE LOS RÍOS CHAVES fallece, la evolución del paciente fue llevada por el doctor DIEGO ALEJANDRO TIBAVIZCO PALACIOS perteneciente al HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido, por lo que me atengo a lo que se logre probar en el transcurso del proceso.

Al Hecho IV.45.:**Transcripción del hecho:**

IV.45. El 12 de Junio de 2019, MARTA PATRICIA SALAMANCA SASTOQUE, SANTIAGO DE LOS RIOS SALAMANCA, - ANTONIO MIGUEL DE LOS RIOS SALAMANCA, - RAFAEL EDUARDO DE LOS RIOS SALAMANCA, - OLIVIA DEL CARMEN DE LOS RÍOS ALARCON, DIANA PATRICIA DE LOS RÍOS REYES, JUAN CARLOS DE LOS RÍOS ARAUJO, promovieron solicitud para audiencia de conciliación ante el centro de Conciliación de la Procuraduría Delegada para Asuntos Civiles, convocando a los aquí demandados, siendo esta fijada y llevada a cabo el 2 de Julio de 2019, que en consecuencia, generó constancia de no acuerdo.

Contestación al hecho: Es cierto.

Al Hecho IV.46.:**Transcripción del hecho:**

IV.46. Las señoras GLORIA EDITH DE LOS RÍOS AVILÉS y JAEL MARÍA DE LOS RÍOS AVILÉS, identificadas con C.C. Nos. 40.177.126 y 40.177.123 de Leticia (Amazonas), solicitaron audiencia de conciliación al Centro de Conciliación de la Personería de Bogotá, de manera virtual en la fecha de la referencia, para llegar a un acuerdo conciliatorio y/o en su defecto agotar requisito de procedibilidad con los Representantes Legales de la CLÍNICA JUAN N. CORPAS LTDA., SEGUROS DEL ESTADO S.A. y de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S., en consecuencia, se citó a las partes mediante correo electrónico informando que la audiencia se efectuaría legalmente por la plataforma virtual, (Herramienta: Microsoft Teams), el día 17 de junio de 2021 a las 4:30 p.m., generando las correspondientes citaciones a las cuentas de correo electrónico, sin embargo, los convocados no se presentaron a dicha citación expidiendo CONSTANCIA DE INASISTENCIA DE UNA PARTE No. 69344 Solicitud de Conciliación No. 98441 del 18 de mayo de 2021.

Contestación al hecho: No le consta a mi mandante por no ser un hecho en el que haya intervenido, por lo que me atengo a lo que se logre probar en el transcurso del proceso.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

ME OPONGO expresamente a las distintas sumas pretendidas por la parte demandante, ya que mi representada no ha cometido ninguna acción u omisión culposa o reprochable que haya podido dar lugar a los perjuicios alegados.

CONTESTACIÓN A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO

Niego que los fundamentos jurídicos invocados sean los aplicables al caso en cuestión.

CONTESTACIÓN A LA COMPETENCIA, TRÁMITE Y CUANTÍA

La cuantía expresada por la parte demandante sólo se acepta por razones de competencia y trámite, sin embargo, los presuntos daños cuya indemnización se pretende deberán ser plenamente probados con medios legítimos e idóneos por quien los reclama, tanto en su cuantía, como en su existencia y causalidad.

EXCEPCIONES DE MÉRITO

Propongo como excepciones de mérito las siguientes:

PRIMERA: INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL.

La configuración y atribución de responsabilidad civil a la Institución, obedece a la materialización de ciertos elementos que permitan llevar a dicha conclusión.

La Jurisprudencia colombiana ha señalado tres elementos necesarios para la configuración de la Responsabilidad civil:

1. La existencia de un hecho generador (falla en el servicio)
2. La existencia de un daño o perjuicio
3. El nexo de causalidad entre el hecho y el perjuicio sufrido.

Teniendo en cuenta lo anterior, aquí es importante aclarar que en este caso no se presentó ninguna falla en el servicio, ni la relación de causalidad entre el hecho presuntamente generador y el daño sufrido.

SEGUNDA: INEXISTENCIA DEL ELEMENTO CULPA.

La “culpa profesional”, que se define como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. No puede desconocerse que para asuntos en los que se debata un presunto daño derivado de la prestación

de servicios de salud y en especial de la actividad médica, la culpa debe ser analizada bajo los parámetros de la *lex artis ad hoc*, es decir, la ley aplicable al momento de los hechos teniendo en consideración las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que los mismos ocurrieron.

En el caso en particular, no podrá endilgarse mala práctica médica respecto de alguno de los profesionales que atendieron al paciente.

TERCERA: LA OBLIGACIÓN DE LOS MÉDICOS ES DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO.

En la medida en que todo acto médico acarrea beneficios y riesgos, la Jurisprudencia ha sido clara en señalar que las obligaciones en el campo de la responsabilidad médica, por regla general, son de medio y no de resultado.

Por ende, puede afirmarse que los profesionales médicos no están obligados *“(...) a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones”*.

Así las cosas, y como lo han reiterado las altas cortes, la obligación del médico es de medios y no de resultado, pues estamos frente a una de las llamadas profesiones liberales, donde el deudor únicamente asume la obligación de mera actividad, pues a dichos profesionales solo se les puede exigir una conducta solícita y diligente, en virtud de la cual han de procurar la obtención de la curación sin que el resultado (mejoría del paciente), haga parte del alcance debito prestacional.

Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, desde 1940:

“...el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o la no curación de éste ...”
(negrilla fuera de texto)

En el mismo sentido en sentencia del Consejo de Estado, Sección tercera, de fecha 18 de abril de 1994, se sostuvo:

“... La responsabilidad médica sigue siendo tratada, en la jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que, conforme a los conocimientos científicos, y a la práctica del arte de curar, son conducentes para tratar de logra el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo.”

Por su parte el artículo 104 de la Ley 1438 del año 2011 prescribe lo siguiente:

*"Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.** (...)" (Negrilla fuera de texto)*

El Despacho deberá tener en cuenta que los médicos no están en la obligación de predecir el resultado de los tratamientos propuestos ni garantizar su efectividad.

CUARTA: ACAECIMIENTO DEL RIESGO PREVISTO, INFORMADO Y CONSENTIDO.

En la medida en que todo acto médico acarrea beneficios y riesgos, la Jurisprudencia ha sido clara en señalar que:

"el riesgo que representa un tratamiento médico se asume por el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio.

Pretender que cuando la institución médica decide realizar determinada intervención con el consentimiento del paciente, por considerar que es la más adecuada para recuperar su salud, ella corre con los riesgos que dicha intervención acarrea, como lo afirma la parte actora en su recurso de apelación, implicaría asimilar la actividad médica al régimen de las actividades peligrosas en las cuales la responsabilidad se deduce simplemente del riesgo que el responsable crea en su provecho o para su beneficio; aquí, por el contrario, el riesgo que la intervención conlleva se toma es sólo en favor de la víctima".

En el presente asunto, tal y como se encuentra demostrado con los consentimientos informados, suscritos y aceptados.

QUINTA: EXTRALIMITACIÓN DE LA PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA.

La pretensión de indemnización de perjuicios contenida en la demanda excede cualquier lógica de tipo indemnizatorio, teniendo en cuenta que las bases sobre las cuales se fundamenta son meramente especulativas.

Los demandantes pretenden no solo tener legitimidad para el ejercicio de la acción sino obtener con ella un beneficio desproporcionado, buscando convertir su pretensión en un evidente factor de enriquecimiento, lo cual contraría abiertamente la doctrina jurídica y la jurisprudencia nacional que preceptúan que la indemnización debe tener

un contenido meramente reparador y en ningún caso ser fuente de enriquecimiento indebido del interesado.

SEXTA: EXCEPCIÓN GENÉRICA

Propongo la excepción conocida como genérica, de conformidad con la cual deben ser declaradas por el Juzgador todas aquellas excepciones fundadas en la ley y la constitución y que resulten probadas, sin perjuicio de que hayan sido expresamente enunciadas en este escrito.

PRUEBAS

Solicito se admitan, decreten y practiquen, las siguientes pruebas:

1. **DOCUMENTALES:** Acompaño a la presente contestación los siguientes documentos, para que sean tenidos como prueba dentro del proceso:

1.1. Certificado de existencia y representación legal de la Clínica Juan N. Corpas

1.2. Copia de la Historia clínica del paciente TEOFILO ANTONIO DE LOS RIOS.

2. **OFICIO:**

Coadyuvo en la solicitud de oficiar al HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL para que envíe con destino al proceso, copia auténtica e íntegra de la historia clínica del señor TEOFILO ANTONIO DE LOS RIOS CHAVES.

3. **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Solicito al Despacho se fije fecha y hora a fin de que la parte actora absuelta interrogatorio de parte, el cual le formularé en sobre cerrado previamente radicado u oralmente el día de la audiencia, en la cual absolverá interrogatorio sobre los hechos que motivaron la presente demanda.

4. **TESTIMONIALES:**

Solicito que se fije fecha y hora para llamar a declarar, atendiendo su calidad de testigo de los hechos, para que en audiencia y bajo juramento deponga sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar sobre la atención realizada al paciente TEOFILO ANTONIO DE LOS RIOS de los siguientes profesionales médicos que lo atendieron durante su estancia en la CLÍNICA JUAN N. CORPAS:

- 4.1. **Dr. SERGIO ANDRES SANCHEZ ROJAS**, médico general quien atendió por primera vez al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.2. **Dra. MABEL XIMENA REINA SALGADO**, médico especialista en ortopedia y traumatología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.3. **Dr. DARIO AGATON SANTANDER**, médico especialista en medicina familiar quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.4. **Dra. MONICA ALVAREZ JARAMILLO**, médico especialista en medicina familiar quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.5. **Dr. MARCO ANTONIO ARDILA RAMIREZ**, médico especialista en ortopedia y traumatología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.6. **Dr. AUGUSTO ROJAS URUEÑA**, anestesiólogo quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.7. **Dr. CARLOS MAURICIO VILLAMIZAR**, anestesiólogo quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.8. **Dr. CARLOS EDUARDO TRIANA RODRIGUEZ**, especialista en radiología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.9. **Dr. JUAN CARLOS COLLAZOS GAITAN**, especialista en radiología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.10. **Dra. REINA MARIA OLARTE RODRIGUEZ**, médico especialista en cardiología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.11. **Dr. CELSO EMILIO ARANGO VELEZ**, médico especialista en ortopedia y traumatología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

- 4.12. Dr. DANIEL HUMBERTO MORALES**, médico especialista en ortopedia y traumatología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.13. Dra. JUANA DEL MAR MEDINA**, médico especialista en ortopedia y traumatología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.14. Dra. MEILYN ADRIANA MUSKUS EALO**, médico especialista en ortopedia y traumatología quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.15. Dr. FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ BUSTOS**, médico especialista en medicina familiar quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.16. Dr. RODRIGO BENAVIDES LÓPEZ**, médico especialista en medicina familiar quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.17. Dr. LUIS ARTURO LÓPEZ ENCISO**, médico especialista en medicina familiar quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos
- 4.18. Dra. YENNY JOSÉ MUÑOZ RAMIREZ**, médico especialista en medicina familiar quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.19. Dr. MIGUEL HERNAN ORTIZ**, médico especialista en medicina interna quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos
- 4.20. Dra. NATALY ROCIO CORREA ROJAS**, médico especialista en medicina interna quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.21. Dr. DIEGO DAVID TORRES**, médico general quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.
- 4.22. Dr. DIEGO ORLANDO ORTIZ**, médico general quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.23. Dr. JOSE FRANCISCO QUINTANA, médico general quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.24. Dra. LILIANA SANCHEZ RODRIGUEZ, médico general quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.25. Dr. NAHUM EFREN LEMOS, médico general quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.26. Dr. YONNY ROLANDO HERNANDEZ, médico general quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.27. Dra. LAURA CAMILA DIAZ, nutricionista quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.28. Dra. DARLEN JAZLEIDY BENITEZ, terapeuta físico quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.29. Dr. DIEGO ALEJANDRO FERRO, terapeuta respiratorio quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.30. Dra. LILIANA RODRIGUEZ LIZCANO, terapeuta respiratorio quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.31. Dra. LINA PAOLA SUAREZ, terapeuta respiratorio quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

4.32. Dra. XILENA FAIZULY BETANCUR, terapeuta respiratorio quien atendió al paciente, con el fin de explicar la atención que hizo sobre la paciente para la fecha de los hechos.

Todos los médicos y especialistas antes mencionados podrán ser ubicados a través del suscrito apoderado judicial, como parte interesada en la prueba, o a través del Departamento Jurídico de la CLÍNICA JUAN N. CORPAS, ubicado en la Carrera 111 No. 157 – 45 de la ciudad de Bogotá.

5. DICTAMEN PERICIAL:

De conformidad con lo prescrito en el artículo 227 del Código General del Proceso, me permito ANUNCIAR la elaboración y aporte al proceso

de un dictamen pericial de médico internista, neumólogo, infectólogo o especialista a fin a las patologías sufridas por el paciente, el cual allegaré en el término que conceda el Despacho, el cual solicito desde ahora que no sea inferior a 20 días.

La finalidad del dictamen será explicar las patologías exhibidas por la paciente, los tratamientos dados en la Clínica, el pronóstico de su enfermedad, y finalmente que evalúe la prestación de los servicios médicos que se le prestaron a la paciente en la CLÍNICA JUAN N. CORPAS a fin de que nos informe si se actuó conforme a la lex artis.

Me permito manifestar que no fue posible la consecución del dictamen pericial en el término de traslado de la demanda por ser un término insuficiente para su consecución.

ANEXOS

1. Poder especial debidamente conferido por la CLINICA JUAN. N CORPAS.
2. Lo relacionado en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

Mi poderdante las recibirá en su sede principal ubicada en la Carrera 111 # 159 A - 61 en Bogotá y en el correo electrónico: juridica@juanncorpas.edu.co

El suscrito en la Calle 84 No. 18 – 38, oficina 304, de Bogotá. Celular 3222710391. Correo electrónico: notificacionesmedefiende@gmail.com

Del Señor Juez, atentamente,



LUIS FELIPE VEGA WILCHES
C.C. No. 79.950.836 de Bogotá
T.P. No. 151.868 del C.S. de la J.

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

Señor

JUEZ 44 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA, D.C.

j44cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co

gabrielsilvah@yahoo.com

E.S.D.

Ref. Proceso Declarativo No. **2020-00370**

Demandante: **Martha Patricia Salamanca Sastoque y otros**

Demandados: **Clínica Juan N. Corpas Ltda, Seguros del Estado S.A y otros**

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA, ciudadana colombiana en ejercicio y goce de mis derechos civiles y políticos, habilitada de edad según la Ley 27 de 1977, abogada en ejercicio, identificada con C.C # 51.855.510 de Bogotá, portadora y titular de la T.P. No. 63.369 del C.S. de la J., en mi condición de APODERADA ESPECIAL de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, sociedad legalmente constituida mediante escritura pública No. 4395 del 17 de agosto de 1965, registrada con el NIT No. 860.009.578-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por el Dr. **ALVARO MUÑOZ FRANCO**, quien me otorgó poder especial, amplio y suficiente, el cual estoy ejerciendo a través de la contestación del llamamiento en garantía, en los siguientes términos:

I. IDENTIFICACIÓN DE LA PARTE

(num. 1 art. 96 L. 1564/12).

DEMANDANTES:

1. **MARTHA PATRICIA SALAMANCA SASTOQUE**, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.560.692 de Bogotá.
2. **SANTIAGO DE LOS RÍOS SALAMANCA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.019.093.154 de Bogotá.
3. **ANTONIO MIGUEL DE LOS RÍOS SALAMANCA**, identificado con cédula de ciudadanía 1.020.714.012 de Bogotá
4. **RAFAEL EDUARDO DE LOS RÍOS SALAMANCA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.020.721.825 de Bogotá
5. **OLIVIA DEL CARMEN DE LOS RÍOS ALARCÓN** identificada con cédula de ciudadanía No. 40.179.620 de Leticia.
6. **DIANA PATRICIA DE LOS RÍOS REYES** identificada con cédula de ciudadanía No. 31.710.236 de Cali.
7. **JUAN CARLOS DE LOS RÍOS ARAUJO** identificado con cédula de ciudadanía No. 6.565.481 de Leticia.
8. **GLORIA EDITH DE LOS RÍOS AVILES** identificada con cédula de

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

ciudadanía No. 40.177.126 de Leticia.

9. **JAEL MARIA DE LOS RIOS AVILES** identificado con cédula de ciudadanía No. 40.177.123 de Leticia.

DEMANDADOS:

1. **CLINICA JUAN N. CORPAS LTDA**, identificada con NIT 830.113.849-2
2. **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A** 800.251.440-6
3. **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** identificada con identificada con NIT No. 860.009.578-6, oficina principal Carrera 11 # 90-20 Bogotá; contactenos@segurosdelestado.com.

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS
DEMANDA PRINCIPAL

(núm. 2 art. 96 L. 1564/12).

- 4.1. No le consta a mi representada, debe probarlo el demandante.
- 4.2. No le consta a mi representada, debe probarlo el demandante.
- 4.3. Cierto, según historia clínica.
- 4.4. Parcialmente Cierto, según historia clínica, se registro alérgico a NOVALGIN / DIPIRONA. No se registra lo del diclofenaco.
- 4.5. Cierto, según historia clínica.
- 4.6. Parcialmente cierto, en efecto el diagnostico si es CIERTO según historia clínica, se aclara que el médico ordenó Hospitalizar.
- 4.7. Cierto, según historia clínica.
- 4.8. No le consta a mi representada, debe probarlo el demandante.
- 4.9. Me atengo lo que se pruebe según la Historia Clínica.
- 4.10. Cierto según Historia Clínica.
- 4.11. Me atengo lo que se pruebe según la Historia Clínica.
- 4.12. No le consta a mi representada, debe probarlo el demandante.
- 4.13. No le consta a mi representada, debe probarlo el demandante.
- 4.14. Me atengo lo que se pruebe según la Historia Clínica, Sin embargo, es una apreciación subjetiva de quien redactó el libelo.
- 4.15. Parcialmente cierto, la cirugía fue un éxito, paciente estuvo estable y sin complicaciones.
- 4.16. Cierto Según Historia Clínica.
- 4.17. No es un hecho. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda.
- 4.18. No es un hecho. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda
- 4.19. No es un hecho. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda
- 4.20. Cierto, según historia clínica.
- 4.21. No es un hecho. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda.

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

- 4.22. Parcialmente cierto, es cierto los resultados de los exámenes según Historia Clínica. Lo demás debe probarlo.
- 4.23. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.24. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda.
- 4.25. Parcialmente cierto, según Historia Clínica, respecto a las enfermedades. Lo demás es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda.
- 4.26. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.27. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.28. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.29. Son apreciaciones subjetivas de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.30. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda
- 4.31. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda.
- 4.32. Es una apreciación subjetiva de quien redactó la demanda.
- 4.33. Son apreciaciones subjetivas de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.34. Es una situación que debe probar el demandante.
- 4.35. Son apreciaciones subjetivas de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.36. Parcialmente cierto, se ordenó el traslado del paciente, en lo demás son apreciaciones subjetivas de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.37. Son apreciaciones subjetivas de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.38. Son apreciaciones subjetivas de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.39. Son apreciaciones subjetivas de quien redactó la demanda, que debe probar.
- 4.40. No me consta, debe probarlo según Historia Clínica
- 4.41. No me consta, debe probarlo según Historia Clínica
- 4.42. No me consta, debe probarlo según Historia Clínica
- 4.43. No me consta, debe probarlo según Historia Clínica
- 4.44. No me consta, debe probarlo según Historia Clínica
- 4.45. Es cierto, como consta en el acta.
- 4.46. Parcialmente cierto, no hay certeza de las notificaciones/citaciones.

III. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES
(núm. 2 art. 96 L. 1564/12).

Me opongo a la prosperidad de las pretensiones formuladas en la demanda, en contra de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, por cuanto,

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA

Abogada

carecen de sustento fáctico y jurídico. Respecto a los perjuicios morales y de vida de relación, que la parte demandante reclama, es preciso señalar, desde ahora, que carecen de soporte objetivo, que no permiten estructurar los elementos necesarios para exigir ningún tipo de responsabilidad, tal como se demostrará en su debida oportunidad procesal.

Seguros del Estado S.A., se vinculó a este proceso en razón a la expedición de la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES No. 64-03-101001049 – ANEXO 8, en ejercicio de la explotación de su objeto social, regulado por el Código de Comercio desde el artículo 1036, que establecen la voluntad del legislador al regular el contrato de seguro, y por las condiciones generales y particulares contenidas en el citado contrato de seguro, para lo cual se deben tener en cuenta límites contractuales plenamente determinados en cuanto a **modalidad de cobertura y de riesgos amparados, vigencia de los amparos, contrato garantizado, límites de cuantía, límite temporal, exclusiones establecidas en el documento y “ TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO”**, así como en el clausulado general, cuyas partes son: **TOMADOR:** CLINICA JUAN N CORPAS LTDA, **ASEGURADO:** CLINICA JUAN N CORPAS LTDA, **BENEFICIARIO:** TERCEROS AFECTADOS.

Así las cosas, la única relación que se evidencia, es la contractual entre SEGUROS DEL ESTADO S.A. y la **CLINICA JUAN N. CORPAS LTDA**, como TOMADORA y ASEGURADA, de la póliza Responsabilidad Civil Profesional, anunciada.

IV. EXCEPCIONES

(num. 3 art. 96 L. 1564/12).

En virtud de la relación contractual entre SEGUROS DEL ESTADO S.A. y la Clínica, coadyuvo las propuestas por la **CLINICA JUAN N. CORPAS LTDA**, y adicionalmente, con base en los anteriores hechos, propongo como excepciones comunes a cada pretensión, las siguientes:

1. CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA CLINICA JUAN N CORPAS DE SUS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES.

El tomador de la póliza CLINICA JUAN N CORPAS cumplió con todas sus obligaciones legales y contractuales en la atención prestada a la paciente TEOFILO ANTONIO DE LOS RIOS, como lo fue ofreciendo profesionales con la idoneidad necesaria para tratar la sintomatología que padecía en la fecha que ingreso por Urgencias, se le diagnosticó y

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA

Abogada

definió el plan de manejo de acuerdo a su estado de salud, y se le prestó la asistencia necesaria para la restauración de su salud, se le ofreció el cuidado médico y de enfermería, medicamentos y procedimientos necesarios para tal fin, así como la disponibilidad de salas e instalaciones Hospitalarias, que cumplen con los estándares de calidad exigidos, así como un equipo de especialistas conformado para realizar la intervención, procedimientos quirúrgicos, con la observación y aplicación del Manual de Procesos y Procedimientos establecidos por la Clínica, según los protocolos establecidos para la atención de pacientes.

2. OBLIGACION DE MEDIO – CAUSA DE AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD.

En aquellos casos en que una norma o un contrato sólo obligan al deudor a actuar con prudencia y diligencia, la obligación es considerada de medio. Este es el caso de la obligación que tiene un médico respecto a su paciente: El médico no tiene la obligación de sanarlo, sino de poner sus mejores oficios y conocimientos al servicio del paciente, es decir, de actuar en forma prudente y diligente (aunque hay excepciones, en algunos casos el médico asume una obligación de resultado, como ocurre en la cirugía estética voluntaria). En estos casos, la carga de la prueba le corresponde a la víctima o demandante, quien deberá probar que el agente fue negligente o imprudente al cumplir sus obligaciones. El incumplimiento no depende sólo de no haber logrado el resultado (en el ejemplo anterior, sanar al paciente), sino que la víctima debe demostrar que pudo ser posible haberlo logrado, si el obligado hubiese actuado correctamente.

3. RUPTURA DEL NEXO CAUSAL.

Se presenta ruptura del nexo de causalidad por las siguientes razones.

3.1. Imprevisibilidad e irresistibilidad:

Tal medio y modo de excepción tienen asidero en lo siguiente:

La atención ofrecida al paciente, se enmarcó dentro de los parámetros de una valoración idónea, de acuerdo al CUADRO CLÍNICO, aplicando los protocolos de la *Lex Artis*, por parte de los Galenos de la Clínica Juan N Corpas Ltda. Se intervino quirúrgicamente, con el debido consentimiento, y debidamente informado, sobre los riesgos y complicaciones que podría generar la cirugía.

La patología que posteriormente se desarrolló, tienen alta posibilidad que tengan relación con los antecedentes registrados en la Historia

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA

Abogada

Clínica, como son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no Especificada e Hipertensión Arterial. Sin embargo, una vez diagnosticada fue tratada por la Galenos de manera oportuna e idónea, ordenando y practicando los exámenes, con el suministro del tratamiento integral para la restauración de su salud, de acuerdo al nivel de complejidad y de Atención de la Clínica Juan N Corpas como lo determina el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC (Decreto 1011 de 2006) y la Resolución 5261 de 1994, artículo 92°; ofreciéndole los cuidados médicos, de enfermería, medicamentos y procedimientos necesarios para tal fin, así como la disponibilidad de salas e instalaciones de la Clínica, de acuerdo a la *lex artis*; la evolución tórpida y el deterioro del paciente, en el caso particular, constituyen fuerza mayor. Pues el Médico está obligado a desplegar una conducta idónea, al margen del éxito esperado, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos que, como tales, escapan a su dominio, por ejemplo, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.

4. DAÑO NO IMPUTABLE A LA CLINICA JUAN N CORPAS LTDA

En el presente caso no se configuran los elementos que permitan imputar responsabilidad a la CLINICA JUAN N CORPAS LTDA., toda vez, que no sólo **NO** existe nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta desplegada por la entidad hospitalaria asegurada, sino que tampoco media culpa o negligencia en su atención.

El Consejo de Estado, en reiterada jurisprudencia ha señalado:

*“Ha sido reiterada la jurisprudencia que apunta a señalar que la práctica médica debe llevarse desde la perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que por regla general conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance conforme a la *lex artis* para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho”* (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia del 27/1/2016, radicado # 2001-01559 (29728), C.P Dr. Hernán Andrade Rincón.

La Clínica Juan N Corpas, Asegurada por Seguros del Estado S.A., obró con diligencia, prudencia y cuidado, no sólo conforme a la **Lex Artis**, sino conforme a los recursos científicos, disponibles a fin de intentar recuperar el estado de salud de TEOFILO ANTONIO DE LOS RIOS, como en efecto ocurrió.

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

**V. EXCESO EN LA ESTIMACION CUANTIFICADA DE
PERJUICIOS**

RESPECTO A LOS DAÑOS MORALES

En la demanda se reclaman daños morales, cada uno de los demandantes, tasados en 100 SMLV.

En la jurisdicción civil colombiana, la tasación de la indemnización por los perjuicios inmateriales/morales, cualquiera que sea su denominación, causados por el fallecimiento de un ser querido es determinada, según el criterio prudente del juez, de conformidad con criterios de razonabilidad y el análisis que haga de las pruebas recaudadas en el proceso, determinando de los elementos probatorios, la cercanía y el lazo afectivo con la víctima y en ejercicio de su *arbitrium iudicis*, fijar el valor de la indemnización, según la gravedad del daño y la intensidad del sufrimiento de la persona que lo padece.

La Corte, con base en las anteriores consideraciones, ha establecido una suma puntual de dinero como indemnización, que ha ido actualizando a medida que pasan los años. Esta suma siempre ha sido inferior a los 100 SMMLV, Cada vez que la Corte fija el valor de la indemnización por este concepto, algunos jueces y compañías aseguradoras lo toman como el tope o valor máximo que se puede conceder en casos de muerte. Este tope se mantiene hasta que la Corte resuelve volver a aumentarlo.

En el año 2016, la Corte tasó la indemnización por perjuicios morales en \$60.000.000 de pesos colombianos (*Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, 30 de septiembre de 2016 05001-31-03-003-2005-00174-01, Magistrado ponente: Ariel Salazar Ramírez*). En el año 2011, la Corte ya había tasado esta indemnización en \$53.000.000 (*Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 30 de agosto de 2011, 11001-3103-018-1999-00533-01. Magistrado ponente: William Namén Vargas*). y en el año 2012, en \$55.000.0000 (*Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 9 de julio de 2012, radicación 11001-3103-006-2002-00101-01. Magistrado ponente: Ariel Salazar Ramírez*). La Corte ha aclarado que la actualización de los valores no es una corrección monetaria o indexación, pues el daño moral no puede ser indexado, sino un ajuste del monto de la reparación de la lesión “a las exigencias de la época contemporánea” (*Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 30 de septiembre de 2016 05001-31-03-003-2005-00174-01, Magistrado ponente: Ariel Salazar Ramírez*).

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA

Abogada

Es de destacar, también, respecto a la tasación de daños morales, el porcentaje para la víctima directa es diferente al de las víctimas indirectas.

Así las cosas, el Juez al momento de tasarlos, en caso de condena debe tener en cuenta en monto determinado por la Corte Suprema de Justicia.

RESPECTO A LOS DAÑOS A LA VIDA DE RELACION

Solicita el reconocimiento para la cónyuge De Teófilo Antonio de los Ríos.

La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha considerado la vida de relación como una categoría propia e independiente del daño moral y del perjuicio patrimonial (*Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 9 de diciembre de 2013, 88001-31-03-001-2002-00099-01, Magistrado Ponente: Ariel Salazar Ramírez.*)

El daño a la vida de relación se presenta cuando la víctima sufre una alteración psicofísica que le impide o dificulta gozar de actividades rutinarias o bienes de la vida que disfrutaba antes del hecho lesivo. La privación de la posibilidad de realizar actividades como bailar, practicar deportes, viajar, escuchar música o realizar actividades rutinarias implica la existencia de un perjuicio resarcible.

Para tasar la indemnización por este perjuicio, la Corte tiene en cuenta la gravedad de las lesiones permanentes sufridas por la víctima, las secuelas funcionales y estéticas y la imposibilidad de realizar actividades no laborales, pero que permiten el goce de la vida.

Este perjuicio se ve reflejado en el deterioro de la calidad de vida de la víctima y la pérdida de la posibilidad de tener contacto con las demás personas o relacionarse con ellas. La Corte ha sostenido que quien ha sufrido un daño en la vida de relación se ve obligado a llevar su existencia en unas condiciones mucho más difíciles y exigentes que las demás personas.

La calidad de la vida de la víctima se ve reducida, porque sus aspiraciones y sueños se vuelven mucho más difíciles de alcanzar. La víctima encontrará obstáculos y vicisitudes que antes no debía afrontar. El damnificado ve dificultades para acceder a la cultura, el deporte, el entretenimiento, el placer y las relaciones sociales y afectivas. No solo se trata de la imposibilidad de gozar los placeres de la vida, sino al hecho de que actividades rutinarias impliquen incomodidades o esfuerzos (*Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 13 de mayo de 2008, 11001-*

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

3103-006-1997-09327-01, Magistrado Ponente: César Julio Valencia Copete).

La Corte aclara que el juez debe acudir a criterios de equidad, reparación integral y razonabilidad a la hora de tasar el valor de la indemnización y que se deben tener en cuenta las condiciones particulares de la víctima. Sostiene que la indemnización por este perjuicio no puede ser igual para una persona joven que para una persona mayor. Además, se debe verificar si la víctima era deportista o no, si tenía un buen estado de salud antes del hecho dañoso, etc. Todas las condiciones particulares de la víctima deben ser revisadas por el juez, para tasar la indemnización.

Mayoritariamente, la Corte ha reconocido el daño a la vida de relación únicamente en caso de lesiones padecidas por las víctimas. Traigo a colación las sentencias (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 13 de mayo de 2008, 11001-3103-006-1997-09327-01, Magistrado Ponente: César Julio Valencia Copete; y Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 9 de diciembre de 2013, 88001-31-03-001-2002-00099-01, Magistrado Ponente: Ariel Salazar Ramírez)

En el caso en concreto, la cónyuge de Teófilo, para quien se reclaman los citados perjuicios por daño de vida de relación, no acreditan por ningún medio probatorio el padecimiento de alguna lesión.

Por otro las pretensiones exceden ampliamente el tope, de indemnización.

**VII. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA POLIZA POR LA
CUAL SE LE VINCULO A ESTE PROCESO A SEGUROS
DEL ESTADO**

Los hechos, fundamentos y razones de la defensa, surgen de las normas establecidas en los artículos 1038 y siguientes del Código de Comercio, que establecen la voluntad del legislador al regular el contrato de seguro, el cual es un contrato expedido en desarrollo del objeto social que explota Seguros del Estado S.A., y que adicionalmente en este caso, de las condiciones generales y particulares contenidas en las PÓLIZAS DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES No. 64-03-101001049 – ANEXO 8, que se aporta, la cual tiene unos límites contractuales plenamente determinados en cuanto a **modalidad de cobertura y de riesgos amparados, vigencia de los amparos, contrato garantizado,**

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA

Abogada

límites de cuantía, límite temporal, exclusiones establecidas en el documento y “ TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO”, así como en el clausulado general.

En el curso del proceso se demostrará que Seguros del Estado S.A., no está llamado a responder contractualmente por las sumas reclamadas en este proceso, y esa exención de responsabilidad surgirá cuando el Juzgador declare como probadas las defensas que exponen en este escrito.

DE LA MODALIDAD DE COBERTURA

La póliza contiene la denominada cláusula “CLAIMS MADE”, cuya cobertura exige que las reclamaciones se presenten dentro de la vigencia del seguro.

Tal cobertura acordada por las partes encuentra respaldo legal en el art. 4 de la ley 389 de 1997: **ARTICULO 4o.** *En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación. (...)* Así mismo, **se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años.”**

En el sistema CLAIMS MADE **la cobertura gira en torno a la reclamación** y no al hecho generador exclusivamente, como ocurre en el sistema tradicional, de forma, que **en la cobertura CLAIM MADE lo que prima es la reclamación, durante la vigencia de la póliza**, y por supuesto, también el hecho dañoso, salvo, que las partes hayan pactado períodos de retroactividad o de extensión, para uno u otro caso.

El profesor Jaramillo en su obra señala: *“...Cumple anotar en el punto tocante con el sistema claims made, por oposición al tradicional o convencional, la delimitación temporal de la cobertura se disciplina con sujeción a reglas divergentes, en la medida en que su eje lo constituye – y constituirá – la reclamación formulada por el damnificado al asegurado, causante del daño, de suerte que el*

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

asegurador responderá, acorde con la modalidad específicamente contratada, de las reclamaciones que se le formulen dentro del marco de la vigencia, de suyo restringida”.

*“Obsérvese que, contrario al sistema cimentado en la ocurrencia (ocurrencia basis), en el que lo dominante es precisamente la generación del daño – su ocurrencia -, por prescindencia inicial de su exteriorización o manifestación posterior, **en el sistema alternativo de claims made, lo capital es que la reclamación, que obviamente supone el conocimiento antecedente del daño, se presente durante la vigencia del contrato, sin perjuicio de matices y puntuales extensiones, (...), pero en todo caso específicas y breves en el tiempo (periodos pre y pots-contractum), por lo demás inferiores al periodo de exposición jurídica que de ordinario cobija al asegurado de cara a los terceros . damnificados”.***

**RECLACACION DE GLORIA EDITH DE LOS RIOS AVILES Y
JAELE MARIA DE LOS RIOS AVILES SE HIZO POR FUERA DE
VIGENCIA DE LA POLIZA No. 64-03-101001049**

Como se expuso en párrafos precedentes, en la cobertura CLAIM MADE lo que prima es la reclamación, durante la vigencia de la póliza, entendida como la notificación al Asegurado (CLINICA JUAN N CORPAS LTDA) o/y a la Aseguradora durante la vigencia de la póliza, bien sea de la convocatoria a Conciliación extrajudicial o de la acción judicial.

La vigencia de la Póliza DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES No. 64-03-101001049 – ANEXO 8, se pactó dentro del lapso 02/02/2018 al 02/02/2019.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el contrato de seguros fue renovado, mediante anexo 9, en el que se estipuló la vigencia entre el 02/02/2019 al 02/02/2020, y que posteriormente, no HUBO RENOVACION, la fecha límite para hacer cualquier reclamación feneció el 02/02/2020.

Según las pruebas aportadas con la reforma de la demanda, GLORIA EDITH y JAELE MARIA DE LOS RIOS AVILES, radicaron solicitud de Conciliación No. 98441 del 18 de mayo de 2021, ante la Personería de Bogotá D.C., por tanto, fuera de la vigencia de la póliza No. 64-03-101001049, razón por la cual NO HAY COBERTURA.

COBERTURA EXCLUSIVA DE LOS RIESGOS PACTADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO.

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA

Abogada

Sea lo primero poner de presente que la Póliza DE SEGURO No. 64-03-101001049 DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES, expedida por SEGUROS DEL ESTADO S.A., **NO CUBRE**, la relación que pueda existir entre la Entidad Promotora de Salud - EPS, y sus afiliados, y a ninguno otro de los aquí demandados, pues la póliza ampara es la Responsabilidad Civil Profesional que sea imputable a la Asegurada, es decir a la CLINICA JUAN N CORPAS, están contenidas las condiciones contractuales entre la Aseguradora y el Tomador/Asegurado, con vigencias entre el 02/02/2018 a 02/02/2019.

DE LA COBERTURA OFRECIDA POR SEGUROS DEL ESTADO

En el evento de una condena que declare responsable al tomador y Asegurado en la póliza – CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.-, se debe tener en cuenta la cobertura, de los riesgos amparados, determinados en la carátula de póliza; según el art. 1046 del Código de Comercio, el documento idóneo para probar el contrato de Seguro se denomina póliza, en la que se observa que el amparo que cubre la póliza No. 64-03-101001049 es **PERJUICIOS PATRIMONIALES, por errores u omisiones**, por ende, será este concepto la limitante en una eventual declaratoria de Responsabilidad, unido a los “TEXTOS ACLARATORIOS DEL RIESGO” que hacen parte de las pólizas.

COBERTURA: cubre la RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA que pueda corresponderle al Asegurado por cualquier daño corporal, enfermedad, afección o muerte causada a un paciente por cualquier acto negligente, error u omisión o falta profesional, cometido por el Asegurado en ejercicio de las funciones propias de su actividad profesional como proveedor de servicios de la salud.

- RETROACTIVIDAD: 1 de febrero de 2014, opera para reclamaciones presentadas durante la vigencia de la póliza derivados de hechos ocurridos desde el periodo de retroactividad otorgado y NO CONOCIDOS por el Tomador/Asegurado.

LIMITE DEL VALOR ASEGURADO.

En el eventual caso que mi representada llegará a ser condenada, su responsabilidad está limitada a lo señalado por la ley, para el

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

caso lo regulado por el Código de Comercio para el contrato de Seguros y en las condiciones pactadas en las cláusulas de la Póliza de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL # 64-03-101001049.

Importante destacar que según los Artículos 1079 y 1074 del mismo Estatuto, la Compañía Aseguradora, no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, por lo que el máximo valor que estaría obligada mi representada a indemnizar está determinado y limitado por el valor asegurado y la vigencia de la póliza, deducibles pactados y exclusiones expresamente pactadas.

En la Póliza las partes pactaron un **DEDUCIBLE** así:

- Se pactó un **DEDUCIBLE** del 10% de todo y cada valor y cada reclamo, con mínimo de \$ 10.000.000 por todo y cada reclamo, operando en exceso de las propias pólizas primarias de médicos y/o entidades que presten sus servicios al asegurado, con un límite mínimo de \$ 10.000.000.
- **DAÑOS MORALES**: 25% del límite de indemnización por evento / Agregado Anual. Serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición del mismo. Y el pago del mismo reducirá el monto del límite de indemnización.

EXCEPCION GENERICA

En aplicación del art. 306 del CPACA, en concordancia con estipulado en el artículo 282 del C.G.P. Que se sustenta en los hechos de la demanda, las contestaciones y demás que se lleguen a probar dentro del proceso y que sirvan de fundamento a la defensa no alegada.

VIII. PRUEBAS
(num. 4 art. 96 L. 1564/12)

SOLICITUD DE PRUEBAS

Manifiesto al señor Juez que coadyuvo los medios de pruebas solicitados por la Clínica Juan N Corpas, en sus escritos.

8.1. Interrogatorios:

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA

Abogada

- Interrogatorio de parte al Representante Legal de la Entidad Promotora de Salud SANITAS S.A.
- Interrogatorio de parte a los Demandantes Martha Patricia Salamanca Sastoque, Santiago de los Ríos Salamanca, Antonio Miguel de los Ríos Salamanca, Rafael Eduardo de los Ríos Salamanca, Olivia del Carmen de los Ríos Alarcón, Diana Patricia de los Ríos Reyes, Juan Carlos de los Ríos Araujo, Gloria Edith De Los Ríos Avilés y Jael María De Los Ríos Avilés.

8.2. Documentales:

Los ya aportados, con la contestación de la demanda.

- Poder para actuar que ya reposa en el expediente (1 fl.).
- Certificado de Representación (42 fl.).
- Certificado Superintendencia Financiera (4 fls.)
- Pólizas de seguro de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES No. 64-03-101001049 – ANEXO 0, 8, 9 y clausulado general (38 fls.).

8.3. Testimonios:

Los ya solicitados, con la contestación de la demanda.

Los testimonios que se solicitan se decreten y practiquen, encuentra conducencia y pertinencia, en los siguientes aspectos:

- Son testigos directos y técnicos del estado de salud y evolución de las patologías que presentó TEOFILO ANTONIO DE LOS RIOS en la Clínica JUAN N CORPAS LTDA., entre el 3 de marzo de 2018 al 18 de marzo de 2018.
- Fueron los Médicos tratantes de Teófilo Antonio De Los Ríos.
- Fueron los Médicos que prestaron sus servicios profesionales de Salud en la Clínica JUAN N CORPAS, entre el 3 de marzo de 2018 al 18 de marzo de 2018.
- Los hechos que se pretenden demostrar con sus testimonios tienen que ver con la justificación de sus decisiones médicas en el tratamiento brindado en Urgencias, Hospitalario y UCI, en la Clínica JUAN N CORPAS, entre 3 de marzo de 2018 al 18 de marzo de 2018.
- Todos están domiciliados en Bogotá y trabajan para la Clínica JUAN N CORPAS, ubicada en la Carrera 111 N 159 A 61 de Bogotá, y correo juridica@juanncorpas.edu.co, por medio de quien solicito su comparecencia.

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA

Abogada

1. SERGIO ANDRES SANCHEZ ROJAS (MEDICINA GENERAL)
2. MABEL XIMENA REINA SALGADO (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA)
3. DARIO AGATON SANTANDER (MEDICINA FAMILIAR)
4. LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO (MEDICINA FAMILIAR)
5. MONICA ALVAREZ JARAMILLO (MEDICINA FAMILIAR)
6. MARCO ANTONIO ARDILA RAMIREZ (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA)
7. RODRIGO BENAVIDES LOPEZ (CONTROL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA)
8. AUGUSTO ROJAS URUEÑA (ANESTESIOLOGIA)
9. YONNY ROLANDO HERNANDEZ MENDEZ (MEDICINA GENERAL)
10. MEILYN ADRIANA MUSKUS EALO (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA)
11. RODRIGO BENAVIDES LOPEZ (CONTROL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA)
12. CELSO EMILIO ARANGO VELEZ (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA)
13. CARLOS MAURICIO VILLAMIZAR- (ANESTESIOLOGO CIRUGIA)
14. LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO (MEDICINA FAMILIAR)
15. DIEGO ALEJANDRO FERRO (TERAPIA RESPIRATORIA)
16. RODRIGO BENAVIDES LOPEZ (CONTROL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA)
17. YENNY JOSE MUÑOZ RAMIREZ (MEDICINA FAMILIAR)
18. DIEGO ALEJANDRO FERRO (TERAPIA RESPIRATORIA)
19. ANDRES MAURICIO CARDENAS TOBON (MEDICINA GENERAL)
20. MIGUEL HERNAN ORTIZ RAMIREZ (MEDICINA INTERNA)
21. DANIEL HUMBERTO MORALES LOPEZ (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA)
22. LINA PAOLA SUAREZ ALBA (TERAPIA RESPIRATORIA)
23. DARIO AGATON SANTANDER (MEDICINA FAMILIAR)

10.4. Exhibición de documentos dirigido a La CLÍNICA JUAN N CORPAS LTDA.

Licencias de habilitación de cada uno de los profesionales que intervinieron como Médicos tratantes en el tratamiento de Nicolás Blanco Córdoba.

10.5. Exhibición.

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

Con fundamento en los artículos 265 y 266 del C.G.P, solicito a la Sr. Juez se sirva señalar fecha y hora, para celebrar audiencia de exhibición completa de:

La Historia Clínica de TEOFILO ANTONIO DE LOS RIOS CHAVES, identificado con C.C # 2.204.686, que reposan en el HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL.

10.5.1. HECHOS

- El día 18 de marzo de 2018, Teófilo Antonio De Los Ríos Chaves, fue ingresado por remisión el HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL.
- Desde entonces el HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL, se encargó de la atención médica, hasta el 19 de marzo de 2018, día en que murió.
- Que, se hace necesario establecer, que dentro del proceso esté completa la historia clínica de Teófilo, donde se registra todos los actos médicos ejecutados en su humanidad por el equipo de salud.
- Que de acuerdo con la ley la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999, la **historia clínica** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, que solo puede ser conocido por el quipo de salud, el paciente y por terceros previa autorización de este. Que, el secreto profesional que tiene implícito la Historia Clínica puede ser revelado a las autoridades judiciales (art. 38 ley 23/81), cuando curse un proceso judicial.

10.5.2. HECHO QUE SE PRETENDE PROBAR

Se hace necesario, conocer dentro de este proceso todos los registros, cronológicamente de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos, procedimientos ejecutados por el equipo de salud, formulación de medicamentos, desarrollados en el Hospital Universitario Nacional, con el fin de determinar, la oportunidad e idoneidad en el diagnóstico y tratamiento de la patología de Teófilo Antonio De Los Ríos Chaves,.

La Historia clínica solicitada está en poder del Hospital Universitario Nacional, porque es obligación legal de toda

CLARA CECILIA SUAREZ PERALTA
Abogada

Institución de Salud, abrir Historia Clínica, cada vez que atienda un paciente, y recaudar en ella la información de los actos médicos y procedimientos con el paciente; aunado a que la custodia y archivo de las Historias Clínicas le competen a las Instituciones prestadoras de salud.

La dirección para citación es:

- Calle 44 # 59-75 de Bogotá – contactenos@hun.edu.co

ANEXOS

Allego en calidad de anexos los documentos relacionados en el acápite Pruebas Documentales, así como el certificado de Existencia y Representación Legal.

NOTIFICACIONES

(num. 5 art. 96 L. 1564/12)

Mi representada SEGUROS DEL ESTADO S.A. recibe notificaciones en la Carrera 11 # 90 – 20, de la ciudad de Bogotá. juridico@segurosdelestado.com.

La suscrita en la secretaría de su Despacho y/o en la calle 159 # 17-38 Int. 5 (303), de Bogotá. Teléfono 3106183181. Correo electrónico clarasuarzperalta@gmail.com - claracsperalta@yahoo.es

Atentamente,



CLARA CECILIA SUÁREZ PERALTA

C.C. No. 51.855.510 de Bogotá

T. P. No. 63.369 del Consejo Superior de la Judicatura.

Adjunto lo anunciado en 39 fls.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL NIZA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 64-03-101001049	ANEXO No. 0
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA			NIT	830.113.849-2
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61		CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6865000
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA			NIT	830.113.849-2
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61		CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	6865000
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 03 / 02 / 2015	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2015	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2016	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2015	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2016
INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPañIA	COASEGURO CEDIDO
CRM AGENCIA DE SEGUROS SOCIEDAD LIM	143714	100.00		% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 1,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 1,000,000,000.00		

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****56,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****8,960,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****64,960,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: AV. SUBA NO. 118 - 33, TELÉFONO 2186977 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30.07.2018.1329.P.06.ERC001A, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

ESTADO S.A. SEGUROS DEL ESTADO S.A.

 DE VIDA DEL ESTADO S.A. SEGUROS DEL

64-03-101001049

FIRMA AUTORIZADA



(415) 7709998021167 (8020) 11021300234430 (3900) 000064960000 (96) 20160202

REFERENCIA PAGO:
1102130023443-0

CLIENTE

TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL NIZA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 64-03-101001049	ANEXO No. 0
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2		
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61		CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000	
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2		
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61		CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 03 / 02 / 2015	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2015	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2016	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2015	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2016
INTERMEDIARIO CRM AGENCIA DE SEGUROS SOCIEDAD LIM CLIENTE	CLAVE 143714	% PARTICIPACION 100.00	COMPañIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445
Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****56,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****8,960,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****64,960,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVÉE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS **DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES** A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

AV. SUBA NO. 118 - 33, TELÉFONO 2186977 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30.07.2018.1329.P.06.ERC001A, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



REFERENCIA PAGO:
1102130023443-0

(415) 770998021167 (8020) 11021300234430 (3900) 000064960000 (96) 20160202

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	EMISION ORIGINAL	64-03-101001049	0
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000	
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CONDICIONES PARTICULARES

TOMADOR: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.
 ASEGURADO: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.
 UBICACION CUBIERTA: CRA 111 NO 159 A 61 - BOGOTA COLOMBIA
 COBERTURA : RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA, EN FORMA PROPORCIONAL, CUBRIENDO LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO COMO PROPIETARIO Y OPERADOR DE LA INSTITUCION MEDICA CONOCIDA COMO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.
 BASE DE LA COBERTURA - CLAIMS MADE.
 PERIODO DE DESCUBRIMIENTO - ACTOS PREVIOS: NINGUNO.
 FECHA DE RETROACTIVIDAD: INICIO DE LA POLIZA CON SEGUROS DEL ESTADO S.A.

RIESGO CUBIERTO

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA
 QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCION O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISION, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR SE SERVICIOS DE LA SALUD.

VIGENCIA : UN AÑO FECHA DE INICIO A SER ACORDADA.

DESDE: 2 DE FEBRERO DE 2015, A LAS 00:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTANDAR.
 HASTA: 2 DE FEBRERO DE 2016 A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTANDAR.

RENOVACION DEL CONTRATO:

EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA POLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MEDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

LIMITES GEOGRAFICOS:

REPUBLICA DE COLOMBIA UNICAMENTE.

JURISDICCION Y LEY:

ESTE SEGURO SERA GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCION Y LEYES EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

LIMITE DE INDEMNIZACION:

LIMITE UNICO Y COMBINADO.
 LIMITE PARA CADA Y TODA OCURRENCIA O SERIE DE OCURRENCIAS ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS.
 COL \$ 1.000.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

DEDUCIBLE

10% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON MINIMO DE COL \$ 10.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO, OPERANDO EN EXCESO DE LAS PROPIAS POLIZAS PRIMARIAS DE LOS MEDICOS Y/O ENTIDADES QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, CON UN LIMITE MINIMO DE \$ 10.000.000

EL DEDUCIBLE CONVENIDO SE APLICARA A CADA RECLAMACION PRESENTADA POR O CONTRA EL ASEGURADO CON INDEPENDENCIA DE LA CAUSA O LA RAZON DE SU PRESENTACION, O DE LA EXISTENCIA DE UNA SENTENCIA EJECUTORIA O NO.

APLICACION DEL DEDUCIBLE PARA GASTOS DE DEFENSA:

NO APLICA - SI EL ASEGURADO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMUN ACUERDO POR SEGURESTADO

SI APLICA - SI EL ASEGURADO NO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMUN ACUERDO POR SEGURESTADO .

GARANTIA DE PAGO DE PRIMAS

(A) LAS PRIMAS SERAN PAGADERAS A MAS TARDAR DENTRO DE LOS 20 DIAS CONSECUTIVOS AL INICIO DE LA VIGENCIA
 (B) LA FALTA DE CUMPLIMIENTO CON ESTA CONDICION CAUSARA LA CANCELACION AUTOMATICA DE ESTE RESPALDO AL INICIO DE SU VIGENCIA.

TERMINOS Y CONDICIONES ESPECIFICAS -

DEFINICION DE SINIESTRO:

TODO HECHO O ACTO U OMISION CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA POLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA QUE HAYA OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD DE LA PERSONA.

DEFINICION DE RECLAMO:

CUALQUIER NOTIFICACION ESCRITA, POR VIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACION EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	EMISION ORIGINAL	64-03-101001049	0
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CONSECUENCIA, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCION Y/U OMISION DEL ASEGURADO EN LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO, Y RECIBIDA POR SEGURESTADO DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

AVISO DE RECLAMOS

EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACION A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACION DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERA ENVIAR LA INFORMACION AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DIAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES.

SEGURESTADO DEBERA ENVIAR LA INFORMACION AL REASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DIAS POSTERIORES A SU RECIBO POR PARTE DEL ASEGURADO.

PLURALIDAD DE RECLAMOS:

(A) LA INCLUSION DE MAS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACION DE RECLAMOS POR MAS DE UNA PERSONA U ORGANIZACION RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DAÑO, EN NINGUN CASO SERVIRAN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR CADA OCURRENCIA.

(B) DOS O MAS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISION, O DEL MISMO ACTO MEDICO O SERIE DE ELLOS, SERAN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO.

(C) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERAN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.

(D) EN EL CASO DE UN TRATAMIENTO EXTENDIDO, CONTINUO, INTERMITENTE O REPETIDO CON EL ASEGURADO Y CUANDO NO HAYA UN ACUERDO SOBRE CUANDO UN SERVICIO PROFESIONAL QUE DE ORIGEN A UN RECLAMO SE HAYA PRESTADO INICIALMENTE, SE CONSIDERARA PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA QUE EL SERVICIO PROFESIONAL SE PRESTO EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMANTE CONSULTO POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO A CAUSA DE LOS SINTOMAS QUE DIERON ORIGEN AL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL ASEGURADO.

- COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA:

50% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL

A) SEGURESTADO RESPONDERA ADEMAS POR LOS COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO.

B) SEGURESTADO SOLO RECONOCERA POR HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

C) LOS COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA EN RELACION A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

D) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERAN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DE SEGURESTADO . ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRAN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE EL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.

E) LA ASEGURADORA / EL REASEGURADOR NO PODRAN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCION, NO PODRA EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCION INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.

- DAÑOS MORALES:

25% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(a) LOS DAÑOS MORALES EN RELACION AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA SERAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESION PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(b) (B) LOS PAGOS POR DAÑOS MORALES SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO.

(c) EL PAGO POR TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

- EXTENSION DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

1. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MEDICO, MEDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, PARAMEDICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS AQUI ASEGURADOS, O SEAN AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO A TRABAJAR FUERA DE SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL REALIZADO POR ESCRITO. ESTA POLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.

2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE PROFESIONALES MEDICOS (MEDICOS Y CIRUJANOS), NO EMPLEADOS (ADSCRITOS), PROVISIONALES, SUBSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE. LOS MEDICOS DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	EMISION ORIGINAL	64-03-101001049	0
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
		TELEFONO	6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
		TELEFONO	6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.
ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS ENTIDADES INDIVIDUALMENTE, LAS CUALES DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

4. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESION Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA, CON LA CONDICION DE QUE DICHS APARATOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S).

5. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS CAUSADOS POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTEN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

6. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS MEDICOS DE ESTUDIANTES DE PRE O POST GRADO QUE REALICEN SUS PRACTICAS MEDICAS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO, HABILITADOS POR PERMISO/ACUERDO PREVIO POR ESCRITO ENTRE EL ASEGURADO Y LA INSTITUCION DOCENTE Y QUE REALICEN LOS ACTOS MEDICOS BAJO LA SUPERVISION Y CONTROL DE UN PROFESIONAL MEDICO VINCULADO A LA INSTITUCION DOCENTE.

ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR A LOS ESTUDIANTES INDIVIDUALMENTE, NI A LOS PROFESIONALES MEDICOS SUPERVISORES, NI A LA INSTITUCION DOCENTE QUIENES DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

EL LIMITE DE INDEMNIZACION AQUI ACORDADO NO SUFRIRA INCREMENTO NINGUNO POR LA EXTENSION DE LA COBERTURA, ES DECIR QUE DICHO LIMITE DE INDEMNIZACION REPRESENTA EL MONTO MAXIMO QUE RESPONDERA POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL POR EL TOTAL DE TODOS LOS RECLAMOS CONTRA EL ASEGURADO.

- COBERTURA EN EXCESO

ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LAS RESPECTIVAS POLIZAS DE RC PROFESIONAL PARA:

(A) MEDICOS INDIVIDUALES QUE SE ENCUENTREN O NO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, ES DECIR, QUIENES SEAN MEDICOS EMPLEADOS, NO EMPLEADOS, ADSCRITOS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

(B) ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO, SEAN ESTAS DE PROPIEDAD O ESTEN BAJO EL CONTROL DEL ASEGURADO O NO.

(C) ADEMÁS, SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA POLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE ESTA POLIZA SERA CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LIMITE DE INDEMNIZACION DE LA(S) OTRA(S) POLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERA(N) SER CONSIDERADA(S) COMO POLIZA(S) PRIMARIA(S).

BENEFICIOS ADICIONALES - GASTOS MEDICOS:

2% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(A) ESTE AMPARO ADICIONAL COMPRENDE LA PROVISION DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS INMEDIATOS CAUSADOS POR SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ELLOS.

(B) EL PAGO POR GASTOS MEDICOS PODRA REALIZARSE INDEPENDIENTEMENTE DE SI EXISTE O NO RESPONSABILIDAD LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

(C) EL PAGO DE GASTOS MEDICOS POR PARTE DE SEGURESTADO NO IMPLICARA LA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE ESTE ANTE EL ASEGURADO O ANTE TERCEROS EN LOS TERMINOS DE ESTA COBERTURA.

(D) LOS GASTOS MEDICOS SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

(E) NO SE CUBREN LOS GASTOS MEDICOS INCURRIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.

CAUCIONES:

2% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

1. SE CONCEDE ESTE SUBLIMITE EN RELACION AL PROCESO QUE SE DELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA.

2. LAS CAUCIONES SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

3. SEGURESTADO NO ESTARA OBLIGADO A EXPEDIR DICHAS CAUCIONES.

DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE)

(A) SE AMPARAN LOS DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UN DAÑO FISICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.

(B) LOS PAGOS POR LUCRO CESANTE SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO.

GENERALES

- AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES CON AVISO NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.

- EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y EL CODIGO CIVIL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

- MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA		64-03-101001049	0
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000	
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

- REVOCACION DE LA POLIZA EN TREINTA (30) DIAS.
- TEXTO DE POLIZA A SEGUIR A SER ACORDADO ENTRE SEGURESTADO Y EL REASEGURADOR.
- EXCLUSIONES
- ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA, SALVO AQUELLOS DE CARACTER CIENTIFICO-EXPERIMENTAL
- CUANDO SU UTILIZACION REPRESENTA EL ULTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAIZ DE SU CONDICION, CUYA APLICACION HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y O CUYA NATURALEZA Y CARACTER DE CIENTIFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL PACIENTE Y AVALADO CON LA FIRMA DE ESTE.
- ENSAYOS CLINICOS.
- ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.
- CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- DAÑOS POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, EXCEPTO CUANDO EL SEXO DEL PACIENTE HAYA SIDO DETERMINADO INCORRECTAMENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, POR UNA ENFERMEDAD GENETICA O POR UN DEFECTO ANATOMICO. EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACION JUDICIAL, ESTA SERA UNA CONDICION PREVIA A LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.
- DAÑOS GENETICOS, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA U ORIGEN.
- LA PROVOCACION INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELION, INSURRECCION, SEDICION, MOTIN, CONFISCACION, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCION CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.
- RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.
- RECLAMACIONES POR SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.
- RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCION DE PESO O EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTETICAS, INCLUYENDO LIPOSUCCION O LIPOESCULTURA, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITURICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.
- RECLAMACIONES POR CIRUGIA BARIATRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE CON OBESIDAD MORBIDA O SUPER OBESIDAD Y CUYO ORIGEN NO SEA PURAMENTE DE TIPO ENDOCRINICO. DEBERA EXISTIR EL ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO MEDICO INTEGRAL RECIENTE - POR MAS DE 18 MESES SIN EXITO - SALVO OCASIONES CUYO RIESGO DE MUERTE JUSTIFIQUE EL NO HABER TENIDO TRATAMIENTO PREVIO Y CUANDO LA TECNICA UTILIZADA SEA:
DERIVACION BILIOPANCREATICA TIPO SCOPINARO O SWITCH DUODENAL; O GASTRECTOMIA VERTICAL EN MANGA (SLEEVE); O BY-PASS GASTRICO EN Y DE ROUX; O O BANDA GASTRICA AJUSTABLE.
- RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.
- RECLAMACIONES POR DAÑOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACION DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICION Y MANEJO DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPEUTICOS.
- RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.
- RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.
- RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MEDICO.
- RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
- RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA POLIZA.
- RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA A UNA PERSONA CUANDO TAL DECISION SE BASE EN SU INCAPACIDAD PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE ATENCION MEDICA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	EMISION ORIGINAL	64-03-101001049	0
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

- RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAIS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXEQUATUR EN COLOMBIA..
 - RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHICULOS TERRESTRES, ABREOS Y/O ACUATICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRAN RECLAMOS UNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MEDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FISICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.
 - RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, PROPIA E INHERENTE A LOS FABRICANTES DE LOS MISMOS.
 - RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.
 - TODAS LAS DEMAS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA POLIZA ORIGINAL ACORDADA ENTRE LA CEDENTE Y EL REASEGURADOR.
 - DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
 - RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.
 - RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.
 - RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES
 - RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES
 - RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.
 - DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCION, TRANSFUSION Y/O CONSERVACION DE SANGRE O PLASMA SANGUINEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICION, TRANSMISION O CONTAGIO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
 - RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION.
 - EN EL CASO DE ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLINICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.
 - RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOHO U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS O NO.)
 - RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES
 - RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA.
- GARANTIAS:
- MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
 - EJERCER UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
 - TERMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACION ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICION Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL NIZA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 64-03-101001049	ANEXO No. 8
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA			NIT	830.113.849-2
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61			CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA			NIT	830.113.849-2
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61			CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 07 / 02 / 2018	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2018	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2019	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2018	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2019
INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPañIA	COASEGURO CEDIDO
CRM AGENCIA DE SEGUROS SOCIEDAD LIM	143714	100.00		
				% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1				
ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES				
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 1,914,042,900.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 1,914,042,900.00		
DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES				
OBJETO DE LA POLIZA:				
TOTAL SUMA ASEGURADA:		\$ *****1,914,042,900.00	PRIMA:	\$ *****110,440,275.00
PLAN DE PAGO: CONTADO			IVA:	\$ *****20,983,652.00
			TOTAL A PAGAR:	\$ *****131,423,927.00

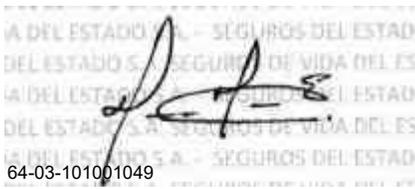
TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: AV. SUBA NO. 118 - 33, TELÉFONO 2186977 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30.07.2018.1329.P.06.ERC001A, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



FIRMA AUTORIZADA



(415) 7709998021167 (8020) 11021304827401 (3900) 000131423927 (96) 20190202

REFERENCIA PAGO:
1102130482740-1

CLIENTE

TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL NIZA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 64-03-101001049	ANEXO No. 8
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2		
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61		CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000	
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2		
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61		CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 07 / 02 / 2018	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2018	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2019	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2018	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2019
INTERMEDIARIO CRM AGENCIA DE SEGUROS SOCIEDAD LIM CLIENTE	CLAVE 143714	% PARTICIPACION 100.00	COMPañIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445
Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,914,042,900.00	PRIMA:	\$ *****110,440,275.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****20,983,652.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****131,423,927.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVÉE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS **DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

AV. SUBA NO. 118 - 33, TELÉFONO 2186977 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30.07.2018.1329.P.06.ERC001A, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



REFERENCIA PAGO:
1102130482740-1

(415) 770998021167 (8020) 11021304827401 (3900) 000131423927 (96) 20190202

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	8
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	TELEFONO	6865000
	CIUDAD		BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	TELEFONO	6865000
	CIUDAD		BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TERMINOS Y CONDICIONES 2018-2019

SE ACLARA QUE LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL CONTRATO NO. CSS042-2015 CUYO ASEGURADO ADICIONAL ES CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ACLARA QUE LA PRESENTE POLIZA AMPARA EL CONTRATO NO. CB-0117-2016 CUYO ASEGURADO ADICIONAL ES CRUZ BLANCA

CONDICIONES PARTICULARES

TOMADOR: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.
 ASEGURADO: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.
 UBICACION CUBIERTA: CRA 111 NO 159 A 61 - BOGOTA COLOMBIA
 COBERTURA : RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA, EN FORMA PROPORCIONAL, CUBRIENDO LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO COMO PROPIETARIO Y OPERADOR DE LA INSTITUCION MEDICA CONOCIDA COMO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.
 BASE DE LA COBERTURA - CLAIMS MADE.
 PERIODO DE DESCUBRIMIENTO - ACTOS PREVIOS: NINGUNO.
 FECHA DE RETROACTIVIDAD: 1 de febrero de 2014.

RIESGO CUBIERTO
 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA
 QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCION O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISION, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR SE SERVICIOS DE LA SALUD.

VIGENCIA: UN AÑO FECHA DE INICIO A SER ACORDADA.

DESDE: 2 DE FEBRERO DE 2018, A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTANDAR.
 HASTA: 2 DE FEBRERO DE 2019 A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTANDAR.

RENOVACION DEL CONTRATO:
 EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDER A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PLIZA, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACION SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

LIMITES GEOGRAFICOS:
 REPUBLICA DE COLOMBIA UNICAMENTE.

JURISDICCION Y LEY:
 ESTE SEGURO SERA GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCION Y LEYES EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

LIMITE DE INDEMNIZACION:
 LIMITE UNICO Y COMBINADO.
 LIMITE PARA CADA Y TODA OCURRENCIA O SERIE DE OCURRENCIAS ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS.
 COL \$ 1.580.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

DEDUCIBLE
 10% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON MINIMO DE COL \$ 10.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO, OPERANDO EN EXCESO DE LAS PROPIAS POLIZAS PRIMARIAS DE LOS MEDICOS Y/O ENTIDADES QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, CON UN LIMITE MINIMO DE \$ 10.000.000

EL DEDUCIBLE CONVENIDO SE APLICARA A CADA RECLAMACION PRESENTADA POR O CONTRA EL ASEGURADO CON INDEPENDENCIA DE LA CAUSA O LA RAZON DE SU PRESENTACION, O DE LA EXISTENCIA DE UNA SENTENCIA EJECUTORIA O NO.

APLICACION DEL DEDUCIBLE PARA GASTOS DE DEFENSA:

NO APLICA - SI EL ASEGURADO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMUN ACUERDO POR SEGURESTADO

SI APLICA - SI EL ASEGURADO NO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMUN ACUERDO POR SEGURESTADO .

GARANTIA DE PAGO DE PRIMAS
 (A) LAS PRIMAS SERAN PAGADERAS A MAS TARDAR DENTRO DE LOS 20 DIAS CONSECUTIVOS AL INICIO DE LA VIGENCIA
 (B) LA FALTA DE CUMPLIMIENTO CON ESTA CONDICION CAUSARA LA CANCELACION AUTOMATICA DE ESTE RESPALDO AL INICIO DE SU VIGENCIA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	8
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TERMINOS Y CONDICIONES ESPECIFICAS -

DEFINICION DE SINIESTRO:

TODO HECHO O ACTO U OMISION CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA PLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA O DENTRO DEL PERODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO, SI ESTE APLICASE, QUE HAYA OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD DE LA PERSONA.

DEFINICION DE RECLAMO:

CUALQUIER NOTIFICACION ESCRITA, POR VIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACION EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCION Y/U OMISION DEL ASEGURADO EN LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO, Y RECIBIDA POR SEGURESTADO DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PLIZA, O DENTRO DEL PERODO DE EXTENSIN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE LTIMO APLICASE.

AVISO DE RECLAMOS

EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACION A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACION DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERA ENVIAR LA INFORMACION AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DIAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES.

SEGURESTADO DEBERA ENVIAR LA INFORMACION AL REASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DIAS POSTERIORES A SU RECIBO POR PARTE DEL ASEGURADO.

PLURALIDAD DE RECLAMOS:

(A) LA INCLUSION DE MAS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACION DE RECLAMOS POR MAS DE UNA PERSONA U ORGANIZACION RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DAÑO, EN NINGUN CASO SERVIRAN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR CADA OCURRENCIA.

(B) DOS O MAS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISION, O DEL MISMO ACTO MEDICO O SERIE DE ELLOS, SERAN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO.

(C) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERAN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.

(D) EN EL CASO DE UN TRATAMIENTO EXTENDIDO, CONTINUO, INTERMITENTE O REPETIDO CON EL ASEGURADO Y CUANDO NO HAYA UN ACUERDO SOBRE CUANDO UN SERVICIO PROFESIONAL QUE DE ORIGEN A UN RECLAMO SE HAYA PRESTADO INICIALMENTE, SE CONSIDERARA PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA QUE EL SERVICIO PROFESIONAL SE PRESTO EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMANTE CONSULTO POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO A CAUSA DE LOS SINTOMAS QUE DIERON ORIGEN AL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL ASEGURADO.

- COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA:

50% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL

A) SEGURESTADO RESPONDERA ADEMAS POR LOS COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO.

B) SEGURESTADO SOLO RECONOCERA POR HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

C) LOS COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA EN RELACION A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

D) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERAN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DE SEGURESTADO . ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRAN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE EL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.

E) LA ASEGURADORA / EL REASEGURADOR NO PODRAN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCION, NO PODRA EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCION INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.

- DAÑOS MORALES:

25% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(a) LOS DAÑOS MORALES EN RELACION AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA SERAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESION PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(b) (B) LOS PAGOS POR DAÑOS MORALES SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO.

(C) EL PAGO POR TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

- REINSTALACION DEL LIMITE DE INDEMNIZACION

(A) REINSTALACIONES AUTOMTICAS DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR PAGO DE SINIESTROS QUEDAN A LA ENTERA DISCRECIN DEL REASEGURADOR.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	8
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

(B) EN CASO DE CONCEDERLAS, EL REASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE OBTENER UNA PRIMA ADICIONAL, LA CUAL NO PODR SER MAYOR AL 250% DE LA LTIMA PRIMA PAGADA POR EL ASEGURADO.

- EXTENSIN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS - DOS (2) AÑOS MXIMO

(A) EL LMITE DE INDEMNIZACION QUE ATENDER A LA TOTALIDAD DE LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN DENTRO DEL PERODO DEL ENDOSO SER LA SUMA EN VIGOR PARA LA LTIMA VIGENCIA NO RENOVADA.

(B) EL ENDOSO DEJAR DE SER OPERATIVO UNA VEZ SE AGOTE LA LMITE DE INDEMNIZACION O SE CUMPLA LA VIGENCIA DE SU PERODO, CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO.

(C) EL DERECHO A OBTENER ESTE ENDOSO EST CONDICIONADO A LA NO RENOVACION O CANCELACION DE LA PLIZA POR RAZONES DIFERENTES A LA CANCELACION POR NO PAGO DE PRIMA.

- SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL

SI EL ASEGURADOR RECHAZASE OFRECER TRMINOS Y CONDICIONES DE RENOVACION, LA COBERTURA DE ESTA PLIZA SE PODR EXTENDER, AUTOMATICAMENTE Y SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL, DURANTE UN PERODO DE DOCE (12) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERODO DE SEGURO.

LA OFERTA DE RENOVACION POR PARTE DEL ASEGURADOR DE TRMINOS, CONDICIONES, DEDUCIBLES, SUMAS ASEGURADAS DIFERENTES A LAS QUE EXPIRAN NO CONSTITUIR NI PODR SER ENTENDIDO POR EL ASEGURADO COMO UN RECHAZO DEL ASEGURADOR A OFRECER RENOVACION DE LA PLIZA.

EL ASEGURADOR MANTENDR VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO PARA LA LTIMA VIGENCIA DE LA PLIZA, O SE AGOTE EL PERODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

- CON PAGO DE PRIMA ADICIONAL

SI EL ASEGURADO DECIDE UNILATERALMENTE EL NO RENOVAR O RESCINDIR ESTA COBERTURA A SU VENCIMIENTO, EL ASEGURADO TENDR EL DERECHO DE COMPRAR UN ENDOSO PARA LA EXTENSIN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS POR UNA PRIMA ADICIONAL, Y BAJO LOS TRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLUSULA, SALVO CUANDO EL CONTRATO SE RESCINDIERA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA POR EL ASEGURADO, HECHO QUE GENERAR LA PRDIDA DEL DERECHO DEL ASEGURADO PARA LA COMPRA DE TAL ENDOSO.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS DAR EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERODO MXIMO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN CON POSTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PLIZA Y EXCLUSIVAMENTE POR ACTOS MDICOS OCURRIDOS DURANTE TAL PERODO Y CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA PLIZA.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS NO CAMBIAR LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDER EL PERODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODR PONER EN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADOR DICHOS RECLAMOS.

EL LMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO EN EL LTIMO PERODO DE LA PLIZA, ES EL MISMO QUE REGIR PARA EL ENDOSO PARA LA EXTENSIN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, ES DECIR, DICHO ENDOSO NO ALTERAR LA LMITE DE INDEMNIZACION ACORDADO EN LA PLIZA.

A FINES DE OBTENER EL ENDOSO PARA LA EXTENSIN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS EL ASEGURADO DEBER HACER LO SIGUIENTE:

(A) SOMETER POR ESCRITO SU SOLICITUD AL ASEGURADOR.

(B) ENVIAR DICHA SOLICITUD DENTRO DE LOS TREINTA (30) DAS SIGUIENTES A LA FINALIZACION DE LA PRESENTE COBERTURA.

(C) DETERMINAR EL TRMINO DE TIEMPO DESEADO PARA LA EXTENSIN, YA SEA POR UN PERODO DE UNO (1) O DE DOS (2) AÑOS.

(D) ABONAR AL CONTADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL ENDOSO. EL ASEGURADOR CONSIDERAR ESTA PRIMA COMO DEVENGADA AL 100%.

CUMPLIDA LAS CONDICIONES ANTERIORES, EL ASEGURADOR:

- NO PODR NEGARSE A EMITIR EL ENDOSO.

- NO PODR CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO Y PAGADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA COMPRA DEL ENDOSO, EL ASEGURADOR QUEDAR LIBERADO DE SU OBLIGACION DE OTORGARLO.

IGUALMENTE, A LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTA POR NO COMPRAR EL ENDOSO, O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, EL ASEGURADOR NO SER RESPONSABLE Y QUEDAR LIBERADO PARA ATENDER CUALQUIER RECLAMO EFECTUADO POR TERCEROS:

LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA LTIMA PLIZA NO RENOVADA.

SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO.

A FINES DE CALCULAR LA PRIMA POR EL ENDOSO PARA LA EXTENSIN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, EL ASEGURADOR UTILIZAR LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE REQUISICIN DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, EL PRECIO DEL ENDOSO NO EXCEDER LOS SIGUIENTES RANGOS DE PORCENTAJES DE LA PRIMA DE LA LTIMA PLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO:

(A) UN (1) AÑO: DEL 50% AL 125%

(B) DOS (2) AÑOS: DEL 75% AL 150%

EL ASEGURADOR MANTENDR VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO PARA LA LTIMA VIGENCIA DE LA PLIZA, O SE AGOTE EL PERODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

- EXTENSION DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

1. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MEDICO, MEDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, PARAMEDICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS AQUI ASEGURADOS, O SEAN AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO A TRABAJAR FUERA DE SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL REALIZADO POR ESCRITO.

ESTA POLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA		64-03-101001049	8
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE PROFESIONALES MEDICOS (MEDICOS Y CIRUJANOS), NO EMPLEADOS (ADSCRITOS), PROVISIONALES, SUBSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.
ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE. LOS MEDICOS DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.
ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS ENTIDADES INDIVIDUALMENTE, LAS CUALES DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

4. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESION Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA, CON LA CONDICION DE QUE DICHS APARATOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S).

5. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS CAUSADOS POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTEN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

6. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS MEDICOS DE ESTUDIANTES DE PRE O POST GRADO QUE REALICEN SUS PRACTICAS MEDICAS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO, HABILITADOS POR PERMISO/ACUERDO PREVIO POR ESCRITO ENTRE EL ASEGURADO Y LA INSTITUCION DOCENTE Y QUE REALICEN LOS ACTOS MEDICOS BAJO LA SUPERVISION Y CONTROL DE UN PROFESIONAL MEDICO VINCULADO A LA INSTITUCION DOCENTE.

ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR A LOS ESTUDIANTES INDIVIDUALMENTE, NI A LOS PROFESIONALES MEDICOS SUPERVISORES, NI A LA INSTITUCION DOCENTE QUIENES DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

EL LIMITE DE INDEMNIZACION AQUI ACORDADO NO SUPRIRA INCREMENTO NINGUNO POR LA EXTENSION DE LA COBERTURA, ES DECIR QUE DICHO LIMITE DE INDEMNIZACION REPRESENTA EL MONTO MAXIMO QUE RESPONDERA POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL POR EL TOTAL DE TODOS LOS RECLAMOS CONTRA EL ASEGURADO.

- COBERTURA EN EXCESO

ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LAS RESPECTIVAS POLIZAS DE RC PROFESIONAL PARA:

(A) MEDICOS INDIVIDUALES QUE SE ENCUENTREN O NO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, ES DECIR, QUIENES SEAN MEDICOS EMPLEADOS, NO EMPLEADOS, ADSCRITOS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

(B) ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO, SEAN ESTAS DE PROPIEDAD O ESTEN BAJO EL CONTROL DEL ASEGURADO O NO.

(C) ADEMÁS, SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA POLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE ESTA POLIZA SERA CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LIMITE DE INDEMNIZACION DE LA(S) OTRA(S) POLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERA(N) SER CONSIDERADA(S) COMO POLIZA(S) PRIMARIA(S).

BENEFICIOS ADICIONALES - GASTOS MEDICOS:

2% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(A) ESTE AMPARO ADICIONAL COMPRENDE LA PROVISION DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS INMEDIATOS CAUSADOS POR SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ELLOS.

(B) EL PAGO POR GASTOS MEDICOS PODRA REALIZARSE INDEPENDIENTEMENTE DE SI EXISTE O NO RESPONSABILIDAD LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

(C) EL PAGO DE GASTOS MEDICOS POR PARTE DE SEGURESTADO NO IMPLICARA LA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE ESTE ANTE EL ASEGURADO O ANTE TERCEROS EN LOS TERMINOS DE ESTA COBERTURA.

(D) LOS GASTOS MEDICOS SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

(E) NO SE CUBREN LOS GASTOS MEDICOS INCURRIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.

CAUCIONES:

2% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

1. SE CONCEDE ESTE SUBLIMITE EN RELACION AL PROCESO QUE SE DELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA.

2. LAS CAUCIONES SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

3. SEGURESTADO NO ESTARA OBLIGADO A EXPEDIR DICHS CAUCIONES.

- ASISTENCIA EN FORO PENAL

(A) EN CASO DE ACCIN PENAL CONTRA EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR PODR COLABORAR PROPORCIONANDO AL ASEGURADO, PREVIO SU REQUERIMIENTO POR ESCRITO, ASESORAMIENTO JURDICO O DE PERITOS O DELEGADOS TCNICOS.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	8
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	TELEFONO	6865000
	CIUDAD		BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	TELEFONO	6865000
	CIUDAD		BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

(B) ESTA COLABORACION POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICAR LA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE STE ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TERMINOS DE ESTA COBERTURA.
 (C) ESTE ES UN BENEFICIO ADICIONAL BAJO LA DISCRECION ABSOLUTA DEL ASEGURADOR; POR TANTO, STE PODR DECIDIR UNILATERALMENTE EL COSTO Y/O TIEMPO DE SU COLABORACION.

DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE)

(A) SE AMPARAN LOS DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UN DAÑO FISICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.

(B) LOS PAGOS POR LUCRO CESANTE SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO.

GENERALES

- AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES CON AVISO NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.
- EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y EL CODIGO CIVIL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
- MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.
- REVOCACION DE LA POLIZA EN TREINTA (30) DIAS.
- TEXTO DE POLIZA A SEGUIR A SER ACORDADO ENTRE SEGUROESTADO Y EL REASEGURADOR.

EXCLUSIONES

- ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA, SALVO AQUELLOS DE CARACTER CIENTIFICO-EXPERIMENTAL
- CUANDO SU UTILIZACION REPRESENTA EL ULTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAIZ DE SU CONDICION, CUYA APLICACION HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y O CUYA NATURALEZA Y CARACTER DE CIENTIFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL PACIENTE Y AVALADO CON LA FIRMA DE ESTE.
- ENSAYOS CLINICOS.
- ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.
- CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- DAÑOS POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, EXCEPTO CUANDO EL SEXO DEL PACIENTE HAYA SIDO DETERMINADO INCORRECTAMENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, POR UNA ENFERMEDAD GENETICA O POR UN DEFECTO ANATOMICO. EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACION JUDICIAL, ESTA SERA UNA CONDICION PREVIA A LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.
- DAÑOS GENETICOS, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA U ORIGEN.
- LA PROVOCACION INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELION, INSURRECCION, SEDICION, MOTIN, CONFISCACION, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCION CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.
- RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.
- RECLAMACIONES POR SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.
- RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCION DE PESO O EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTETICAS, INCLUYENDO LIPOSUCCION O LIPOESULTURA, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITURICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.
- RECLAMACIONES POR CIRUGIA BARIATRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE CON OBESIDAD MORBIDA O SUPER OBESIDAD Y CUYO ORIGEN NO SEA PURAMENTE DE TIPO ENDOCRINICO. DEBERA EXISTIR EL ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO MEDICO INTEGRAL RECIENTE - POR MAS DE 18 MESES SIN EXITO - SALVO OCASIONES CUYO RIESGO DE MUERTE JUSTIFIQUE EL NO HABER TENIDO TRATAMIENTO PREVIO Y CUANDO LA TECNICA UTILIZADA SEA:
 DERIVACION BILIOPANCREATICA TIPO SCOPINARO O SWITCH DUODENAL; O GASTRECTOMIA VERTICAL EN MANGA (SLEEVE); O BY-PASS GASTRICO EN Y DE ROUX; O O BANDA GASTRICA AJUSTABLE.
- RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	8
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000	
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

- RECLAMACIONES POR DAÑOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACION DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICION Y MANEJO DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPEUTICOS.
- RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.
- RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.
- RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MEDICO.
- RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
- RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA POLIZA.
- RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA A UNA PERSONA CUANDO TAL DECISION SE BASE EN SU INCAPACIDAD PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE ATENCION MEDICA.
- RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAIS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXEQUATUR EN COLOMBIA..
- RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHICULOS TERRESTRES, AEREOS Y/O ACUATICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRAN RECLAMOS UNICAMENTE POR ACCIONES Y/O OMISIONES MEDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FISICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.
- RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, PROPIA E INHERENTE A LOS FABRICANTES DE LOS MISMOS.
- RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.
- TODAS LAS DEMAS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA POLIZA ORIGINAL ACORDADA ENTRE LA CEDENTE Y EL REASEGURADOR.
- DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.
- RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.
- RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES
- RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES
- RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.
- DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCION, TRANSFUSION Y/O CONSERVACION DE SANGRE O PLASMA SANGUINEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICION, TRANSMISION O CONTAGIO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)
- RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.
- RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION.
- EN EL CASO DE ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLINICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.
- RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOHO U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS O NO.)
- RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES
- RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA		64-03-101001049	8
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000	
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

GARANTIAS:

- MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
- EJERCER UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
- TERMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACION ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICION Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.	SUCURSAL NIZA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 64-03-101001049	ANEXO No. 9
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA			NIT	830.113.849-2
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61			CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA			NIT	830.113.849-2
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61			CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 08 / 04 / 2019	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2019	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2020	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2019	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 02 / 02 / 2020
INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPañIA	COASEGURO CEDIDO
CRM AGENCIA DE SEGUROS SOCIEDAD LIM	143714	100.00		
				% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 500,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 500,000,000.00		

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****500,000,000.00	PRIMA: \$ *****31,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO	IVA: \$ *****5,890,000.00
	TOTAL A PAGAR: \$ *****36,890,000.00

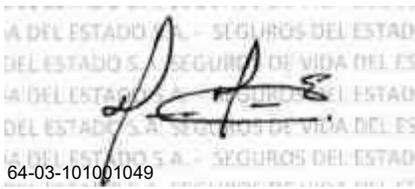
TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: AV. SUBA NO. 118 - 33, TELÉFONO 2186977 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30.07.2018.1329.P.06.ERC001A, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



FIRMA AUTORIZADA



(415) 7709998021167 (8020) 11021307441612 (3900) 000036890000 (96) 20200202

REFERENCIA PAGO:
1102130744161-2

CLIENTE

TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA		64-03-101001049	9
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT	830.113.849-2
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6865000
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT	830.113.849-2
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	6865000
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES PARA INSTITUCIONES DE LA SALUD

-BASE DE LA COBERTURA: CLAIMS MADE

TOMADOR: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.

ASEGURADO: CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.

UBICACION CUBIERTA: CRA 111 NO 159 A 61 - BOGOTA COLOMBIA

COBERTURA: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA, CUBRIENDO LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO COMO PROPIETARIO Y OPERADOR DE LA INSTITUCION MEDICA CONOCIDA COMO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.

BASE DE LA COBERTURA - CLAIMS MADE.

PERIODO DE DESCUBRIMIENTO - ACTOS PREVIOS: NINGUNO.

FECHA DE RETROACTIVIDAD: 1 DE FEBRERO DE 2014.

EXTENSION PARA DENUNCIA DE RECLAMOS: OPCIONAL.

RIESGO CUBIERTO - RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCION O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISION, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD.

VIGENCIA : UN AÑO FECHA DE INICIO A SER ACORDADA.

DESDE: 02 DE FEBRERO DE 2019, A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTANDAR.

HASTA: 02 DE FEBRERO DE 2020 A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTANDAR.

RENOVACION DEL CONTRATO - EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA POLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MEDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA POLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA POLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACION SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

LIMITES GEOGRAFICOS: REPUBLICA DE COLOMBIA UNICAMENTE.

JURISDICCION Y LEY: ESTE SEGURO SERA GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCION Y LEYES EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

LIMITE DE INDEMNIZACION: LIMITE UNICO Y COMBINADO.

LIMITE PARA CADA Y TODA OCURRENCIA O SERIE DE OCURRENCIAS ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	9
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000	
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

COL \$ 500.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

DEDUCIBLE - 10% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON MINIMO DE COL \$ 10.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO, OPERANDO EN EXCESO DE (A) LAS PROPIAS POLIZAS PRIMARIAS DE LOS MEDICOS Y/O ENTIDADES QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, O (B) COL \$ 10.000.000 TODA Y CADA PERDIDA, CUALQUIERA DE (A) O (B) QUE SEA LA SUMA MAYOR QUE APLIQUE.

INCENTIVO EN CASO DE QUE EL MEDICO O LA INSTITUCION QUE REALIZA EL ACTO MEDICO CAUSANTE DEL RECLAMO TENGA UNA POLIZA DE RC PROFESIONAL MEDICA VIGENTE, CON UN LIMITE DE INDEMNIZACION IGUAL O MAYOR A COL \$ 10.000.000, EXPEDIDA POR UNA COMPAÑIA DE SEGUROS RECONOCIDA COMO TAL POR LAS AUTORIDADES LOCALES, SOLO APLICARA EL DEDUCIBLE DEL 10% DE TODO Y CADA RECLAMO, CON UN MINIMO DE COL \$ 10.000.000 POR TODO Y CADA RECLAMO.

EL DEDUCIBLE CONVENIDO SE APLICARA A CADA RECLAMACION PRESENTADA POR O CONTRA EL ASEGURADO CON INDEPENDENCIA DE LA CAUSA O LA RAZON DE SU PRESENTACION, O DE LA EXISTENCIA DE UNA SENTENCIA EJECUTORIA O NO.

EL DEDUCIBLE NO APLICARA A LOS BENEFICIOS ADICIONALES.

APLICACION DEL DEDUCIBLE PARA GASTOS DE DEFENSA:

 NO APLICA:

SI EL ASEGURADO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMUN ACUERDO POR EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

 SI APLICA:

SI EL ASEGURADO NO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO DE COMUN ACUERDO POR EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

GARANTIA DE PAGO DE PRIMAS

(A) LAS PRIMAS SERAN PAGADERAS A MAS TARDAR EL 12/04/2019, PRIMAS A SER RECIBIDAS POR EL ASEGURADOR EN SUS OFICINAS.

(B) LA FALTA DE CUMPLIMIENTO CON ESTA CONDICION CAUSARA LA CANCELACION AUTOMATICA DE ESTE RESPALDO AL INICIO DE SU VIGENCIA.

(C) EL ASEGURADOR NO ESTARA OBLIGADO A ENVIAR NOTA DE CANCELACION POR EL NO PAGO DE LA PRIMA.

LA GARANTIA DE PAGO DEBE CUMPLIRSE EN TIEMPO Y FORMA INDEPENDIENTEMENTE DE LA OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACION POR PARTE DEL ASEGURADOR.

TERMINOS Y CONDICIONES ESPECIFICAS

- DEFINICION DE SINIESTRO:

TODO HECHO O ACTO U OMISION CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA POLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA O DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO, SI ESTE APLICASE, QUE HAYA OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD DE LA PERSONA.

- DEFINICION DE RECLAMO:

CUALQUIER NOTIFICACION ESCRITA, POR VIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACION EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCION Y/U OMISION DEL ASEGURADO EN LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO, Y RECIBIDA POR EL ASEGURADOR DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA POLIZA, O DENTRO DEL PERIODO DE EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE ULTIMO APLICASE.

- AVISO DE RECLAMOS

EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACION A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACION DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERA ENVIAR LA INFORMACION AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DIAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES.

EL ASEGURADOR DEBERA ENVIAR LA INFORMACION AL REASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DIAS POSTERIORES A SU RECIBO POR PARTE DEL ASEGURADO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	9
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

- PLURALIDAD DE RECLAMOS:

- (A) LA INCLUSION DE MAS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACION DE RECLAMOS POR MAS DE UNA PERSONA U ORGANIZACION RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DAÑO, EN NINGUN CASO SERVIRAN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR CADA OCURRENCIA.
 (B) DOS O MAS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISION, O DEL MISMO ACTO MEDICO O SERIE DE ELLOS, SERAN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO.
 (C) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERAN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.
 (D) EN EL CASO DE UN TRATAMIENTO EXTENDIDO, CONTINUO, INTERMITENTE O REPETIDO CON EL ASEGURADO Y CUANDO NO HAYA UN ACUERDO SOBRE CUANDO UN SERVICIO PROFESIONAL QUE DE ORIGEN A UN RECLAMO SE HAYA PRESTADO INICIALMENTE, SE CONSIDERARA PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA QUE EL SERVICIO PROFESIONAL SE PRESTO EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMANTE CONSULTO POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO A CAUSA DE LOS SINTOMAS QUE DIERON ORIGEN AL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL ASEGURADO.

- COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA:

- 50% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL
 A) EL ASEGURADOR RESPONDERA ADEMAS POR LOS COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO.
 B) EL ASEGURADOR SOLO RECONOCERA POR HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.
 C) LOS COSTOS DEL PROCESO Y GASTOS DE DEFENSA EN RELACION A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.
 D) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERAN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DEL ASEGURADOR Y DEL REASEGURADOR. ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRAN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE EL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.
 E) LA ASEGURADORA / EL REASEGURADOR NO PODRAN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCION, NO PODRA EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCION INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.

- DAÑOS MORALES:

- 25% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.
 (A) LOS DAÑOS MORALES EN RELACION AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA SERAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESION PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.
 (B) (B) LOS PAGOS POR DAÑOS MORALES SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO.
 (C) EL PAGO POR TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.

- REINSTALACION DEL LIMITE DE INDEMNIZACION

- (A) REINSTALACIONES AUTOMATICAS DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR PAGO DE SINIESTROS QUEDAN A LA ENTERA DISCRECION DEL REASEGURADOR.
 (B) EN CASO DE CONCEDERLAS, EL REASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE OBTENER UNA PRIMA ADICIONAL, LA CUAL NO PODRA SER MAYOR AL 250% DE LA ULTIMA PRIMA PAGADA POR EL ASEGURADO.

- EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS - DOS (2) AÑOS MAXIMO

- (A) EL LIMITE DE INDEMNIZACION QUE ATENDERA A LA TOTALIDAD DE LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN DENTRO DEL PERIODO DEL ENDOSO SERA LA SUMA EN VIGOR PARA LA ULTIMA VIGENCIA NO RENOVADA.
 (B) EL ENDOSO DEJARA DE SER OPERATIVO UNA VEZ SE AGOTE LA LIMITE DE INDEMNIZACION O SE CUMPLA LA VIGENCIA DE SU PERIODO, CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO.
 (C) EL DERECHO A OBTENER ESTE ENDOSO ESTA CONDICIONADO A LA NO RENOVACION O CANCELACION DE LA POLIZA POR RAZONES DIFERENTES A LA CANCELACION POR NO PAGO DE PRIMA.

_ SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL

SI EL ASEGURADOR RECHAZASE OFRECER TERMINOS Y CONDICIONES DE RENOVACION, LA COBERTURA DE ESTA POLIZA SE PODRA EXTENDER, AUTOMATICAMENTE Y SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL, DURANTE UN PERIODO DE DOCE (12) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERIODO DE SEGURO.

LA OFERTA DE RENOVACION POR PARTE DEL ASEGURADOR DE TERMINOS, CONDICIONES, DEDUCIBLES, SUMAS ASEGURADAS DIFERENTES A LAS QUE EXPIRAN NO CONSTITUIRA NI PODRA SER ENTENDIDO POR EL ASEGURADO COMO UN RECHAZO DEL ASEGURADOR A OFRECER RENOVACION DE LA POLIZA.

EL ASEGURADOR MANTENDRA VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LIMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO PARA LA ULTIMA VIGENCIA DE LA POLIZA, O SE AGOTE EL PERIODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

_ CON PAGO DE PRIMA ADICIONAL

SI EL ASEGURADO DECIDE UNILATERALMENTE EL NO RENOVAR O RESCINDIR ESTA COBERTURA A SU VENCIMIENTO, EL ASEGURADO TENDRA EL DERECHO DE COMPRAR UN ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS POR UNA PRIMA ADICIONAL, Y BAJO LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLAUSULA, SALVO CUANDO EL CONTRATO SE RESCINDIERA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA POR EL ASEGURADO, HECHO QUE GENERARA LA PERDIDA DEL DERECHO DEL ASEGURADO PARA LA COMPRA DE TAL ENDOSO.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	9
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
		TELEFONO	6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
		TELEFONO	6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS DARA EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERIODO MAXIMO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN CON POSTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y EXCLUSIVAMENTE POR ACTOS MEDICOS OCURRIDOS DURANTE TAL PERIODO Y CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA POLIZA.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS NO CAMBIARA LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERA EL PERIODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRA PONER EN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADOR DICHOS RECLAMOS.

EL LIMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO EN EL ULTIMO PERIODO DE LA POLIZA, ES EL MISMO QUE REGIRA PARA EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, ES DECIR, DICHO ENDOSO NO ALTERARA LA LIMITE DE INDEMNIZACION ACORDADO EN LA POLIZA.

A FINES DE OBTENER EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS EL ASEGURADO DEBERA HACER LO SIGUIENTE:

- (A) SOMETER POR ESCRITO SU SOLICITUD AL ASEGURADOR.
- (B) ENVIAR DICHA SOLICITUD DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS SIGUIENTES A LA FINALIZACION DE LA PRESENTE COBERTURA.
- (C) DETERMINAR EL TERMINO DE TIEMPO DESEADO PARA LA EXTENSION, YA SEA POR UN PERIODO DE UNO (1) O DE DOS (2) AÑOS.
- (D) ABONAR AL CONTADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL ENDOSO. EL ASEGURADOR CONSIDERARA ESTA PRIMA COMO DEVENGADA AL 100%.

CUMPLIDA LAS CONDICIONES ANTERIORES, EL ASEGURADOR:

- _ NO PODRA NEGARSE A EMITIR EL ENDOSO.
- _ NO PODRA CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO Y PAGADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA COMPRA DEL ENDOSO, EL ASEGURADOR QUEDARA LIBERADO DE SU OBLIGACION DE OTORGARLO.

IGUALMENTE, A LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTA POR NO COMPRAR EL ENDOSO, O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE Y QUEDARA LIBERADO PARA ATENDER CUALQUIER RECLAMO EFECTUADO POR TERCEROS:

LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ULTIMA POLIZA NO RENOVADA.
SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO.

A FINES DE CALCULAR LA PRIMA POR EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, EL ASEGURADOR UTILIZARA LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE REQUISICION DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, EL PRECIO DEL ENDOSO NO EXCEDERA LOS SIGUIENTES RANGOS DE PORCENTAJES DE LA PRIMA DE LA ULTIMA POLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO:

- (A) UN (1) AÑO: DEL 50% AL 125%
- (B) DOS (2) AÑOS: DEL 75% AL 150%

EL ASEGURADOR MANTENDRA VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LIMITE DE INDEMNIZACION CONTRATADO PARA LA ULTIMA VIGENCIA DE LA POLIZA, O SE AGOTE EL PERIODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

- EXTENSION DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

1. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MEDICO, MEDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, PARAMEDICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS AQUI ASEGURADOS, O SEAN AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO A TRABAJAR FUERA DE SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL REALIZADO POR ESCRITO. ESTA POLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.

2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE PROFESIONALES MEDICOS (MEDICOS Y CIRUJANOS), NO EMPLEADOS (ADSCRITOS), PROVISIONALES, SUBSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE. LOS MEDICOS DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS ENTIDADES INDIVIDUALMENTE, LAS CUALES DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

4. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESION Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA, CON LA CONDICION DE QUE DICHOS APARATOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S).

5. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS CAUSADOS POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTEN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

6. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS MEDICOS DE ESTUDIANTES DE PRE O POST GRADO QUE REALICEN SUS PRACTICAS MEDICAS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO, HABILITADOS POR PERMISO/ACUERDO PREVIO POR ESCRITO ENTRE EL ASEGURADO Y LA INSTITUCION DOCENTE Y QUE REALICEN LOS ACTOS MEDICOS BAJO LA SUPERVISION Y CONTROL DE UN PROFESIONAL MEDICO VINCULADO A LA INSTITUCION DOCENTE.

ESTA POLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR A LOS ESTUDIANTES INDIVIDUALMENTE, NI A LOS PROFESIONALES MEDICOS SUPERVISORES, NI A LA INSTITUCION DOCENTE QUIENES DEBERAN TENER SUS PROPIAS POLIZAS PARA SU PROTECCION EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEXO DE RENOVACION	64-03-101001049	9
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EL LIMITE DE INDEMNIZACION AQUI ACORDADO NO SUFRIRA INCREMENTO NINGUNO POR LA EXTENSION DE LA COBERTURA, ES DECIR QUE DICHO LIMITE DE INDEMNIZACION REPRESENTA EL MONTO MAXIMO QUE RESPONDERA POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL POR EL TOTAL DE TODOS LOS RECLAMOS CONTRA EL ASEGURADO.

- COBERTURA EN EXCESO

ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LAS RESPECTIVAS POLIZAS DE RC PROFESIONAL PARA:

- (A) MEDICOS INDIVIDUALES QUE SE ENCUENTREN O NO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, ES DECIR, QUIENES SEAN MEDICOS EMPLEADOS, NO EMPLEADOS, ADSCRITOS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.
- (B) ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO, SEAN ESTAS DE PROPIEDAD O ESTEN BAJO EL CONTROL DEL ASEGURADO O NO.
- (C) ADEMÁS, SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA POLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE ESTA POLIZA SERA CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LIMITE DE INDEMNIZACION DE LA(S) OTRA(S) POLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERA(N) SER CONSIDERADA(S) COMO POLIZA(S) PRIMARIA(S).

BENEFICIOS ADICIONALES - GASTOS MEDICOS:

2% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

- (A) ESTE AMPARO ADICIONAL COMPRENDE LA PROVISION DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS INMEDIATOS CAUSADOS POR SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ELLOS.
- (B) EL PAGO POR GASTOS MEDICOS PODRA REALIZARSE INDEPENDIENTEMENTE DE SI EXISTE O NO RESPONSABILIDAD LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- (C) EL PAGO DE GASTOS MEDICOS POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARA LA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE ESTE ANTE EL ASEGURADO O ANTE TERCEROS EN LOS TERMINOS DE ESTA COBERTURA.
- (D) LOS GASTOS MEDICOS SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.
- (E) NO SE CUBREN LOS GASTOS MEDICOS INCURRIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.

CAUCIONES:

2% DEL LIMITE DE INDEMNIZACION POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

1. SE CONCEDE ESTE SUBLIMITE EN RELACION AL PROCESO QUE SE DELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA.
2. LAS CAUCIONES SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRA EL MONTO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION.
3. EL ASEGURADOR NO ESTARA OBLIGADO A EXPEDIR DICHAS CAUCIONES.

- ASISTENCIA EN FORO PENAL

- (A) EN CASO DE ACCION PENAL CONTRA EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR PODRA COLABORAR PROPORCIONANDO AL ASEGURADO, PREVIO SU REQUERIMIENTO POR ESCRITO, ASESORAMIENTO JURIDICO O DE PERITOS O DELEGADOS TECNICOS.
- (B) ESTA COLABORACION POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARA LA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD DE ESTE ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TERMINOS DE ESTA COBERTURA.
- (C) ESTE ES UN BENEFICIO ADICIONAL BAJO LA DISCRECION ABSOLUTA DEL ASEGURADOR; POR TANTO, ESTE PODRA DECIDIR UNILATERALMENTE EL COSTO Y/O TIEMPO DE SU COLABORACION.

- DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE)

- (A) SE AMPARAN LOS DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UN DAÑO FISICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.
 - (B) LOS PAGOS POR LUCRO CESANTE SERAN CUBIERTOS DENTRO DEL LIMITE DE INDEMNIZACION Y NO EN ADICION AL MISMO.
- GENERALES AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES CON AVISO NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS.
- EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y EL CODIGO CIVIL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.

REVOCAACION DE LA POLIZA EN TREINTA (30) DIAS.

TEXTO DE POLIZA A SEGUIR A SER ACORDADO ENTRE EL ASEGURADOR Y EL REASEGURADOR.

SUJETO A:

- (A) CONFIRMACION POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, DENTRO DE LOS QUINCE (1) DIAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO EXISTENCIA DE RECLAMOS Y/O INCIDENTES CONOCIDOS Y/O REPORTADOS O DE SITUACION ALGUNA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA POLIZA EN EL FUTURO Y NO CAMBIOS MATERIALES EN LA INFORMACION DE SUSCRIPCION.
- (B) CARTA DE GARANTIA KNORL A LA FECHA DE LA ORDEN.

- EXCLUSIONES -

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

- ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA, SALVO AQUELLOS DE CARACTER CIENTIFICO-EXPERIMENTAL
- O CUANDO SU UTILIZACION REPRESENTA EL ULTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAIZ DE SU CONDICION,
- O CUYA APLICACION HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y O CUYA NATURALEZA Y CARACTER DE CIENTIFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL PACIENTE Y AVALADO CON LA FIRMA DE ESTE.
- ENSAYOS CLINICOS.
- ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.
- CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- DAÑOS POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, EXCEPTO CUANDO EL SEXO DEL PACIENTE HAYA SIDO DETERMINADO INCORRECTAMENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, POR UNA ENFERMEDAD GENETICA O POR UN DEFECTO ANATOMICO. EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACION JUDICIAL, ESTA SERA UNA CONDICION PREVIA A LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.
- DAÑOS GENETICOS, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA U ORIGEN.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA	ANEJO DE RENOVACION	64-03-101001049	9
TOMADOR	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 6865000
ASEGURADO	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	NIT	830.113.849-2
DIRECCION	KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 6865000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LA PROVOCACION INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELION, INSURRECCION, SEDICION, MOTIN, CONFISCACION, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCION CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.

RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

RECLAMACIONES POR SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.

RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCION DE PESO O EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTETICAS, INCLUYENDO LIPOSUCCION O LIPOESCULTURA, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITURICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

RECLAMACIONES POR CIRUGIA BARIATRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE CON OBESIDAD MORBIDA O SUPER OBESIDAD Y CUYO ORIGEN NO SEA PURAMENTE DE TIPO ENDOCRINICO. DEBERA EXISTIR EL ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO MEDICO INTEGRAL RECIENTE - POR MAS DE 18 MESES SIN EXITO - SALVO OCASIONES CUYO RIESGO DE MUERTE JUSTIFIQUE EL NO HABER TENIDO TRATAMIENTO PREVIO Y CUANDO LA TECNICA UTILIZADA SEA:

O DERIVACION BILIOPANCREATICA TIPO SCOPINARO O SWITCH DUODENAL; O

O GASTRECTOMIA VERTICAL EN MANGA (SLEEVE); O

O BY-PASS GASTRICO EN Y DE ROUX; O

O BANDA GASTRICA AJUSTABLE.

RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

RECLAMACIONES POR DAÑOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACION DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICION Y MANEJO DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPEUTICOS.

RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.

RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MEDICO.

RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA POLIZA.

RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA A UNA PERSONA CUANDO TAL DECISION SE BASE EN SU INCAPACIDAD PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE ATENCION MEDICA.

RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAIS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXEQUATUR EN COLOMBIA.

RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHICULOS TERRESTRES, AEREOS Y/O ACUATICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRAN RECLAMOS UNICAMENTE POR ACCIONES Y/O OMISIONES MEDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FISICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, PROPIA E INHERENTE A LOS FABRICANTES DE LOS MISMOS.

RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.

TODAS LAS DEMAS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA POLIZA ORIGINAL ACORDADA ENTRE LA CEDENTE Y EL REASEGURADOR.

CLAUSULA DE COOPERACION Y MANEJO DE RECLAMOS

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICION EN CONTRARIO CONTENIDA EN LA POLIZA CORRESPONDIENTE, ES CONDICION PRECEDENTE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CIVIL O BAJO ESTA POLIZA QUE EL REASEGURADO REPORTE, SEGUN SE DISPONGA EN LAS CONDICIONES GENERALES, LOS RECLAMOS RECIBIDOS BAJO LAS SIGUIENTES CATEGORIAS INDEPENDIENTEMENTE DE LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO BAJO SU POLIZA DE SEGUROS O DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD BAJO ESTE CONTRATO:

1. MUERTE Y/O DAÑOS CORPORALES A MAS DE UNA PERSONA;
2. DAÑOS CORPORALES DEL SIGUIENTE TIPO:

- (A) LESIONES CEREBRALES QUE AFECTEN FUNCIONES CORPORALES
- (B) LESIONES A LA COLUMNA VERTEBRAL QUE RESULTEN EN PARALISIS TOTAL O PARCIAL DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.
- (C) LESIONES QUE RESULTEN EN DESFIGURAMIENTOS.
- (D) LESIONES POR AMPUTACIONES O PERDIDA PERMANENTE DEL USO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.
- (E) LESIONES CORPORALES QUE PUEDAN RESULTAR EN PAGOS VITALICIOS.
- (F) LESIONES QUE PROBABLEMENTE RESULTEN EN INCAPACIDAD PERMANENTE DEL 50% O MAS.
- (G) LESIONES QUE PROBABLEMENTE EXCEDAN EL 50% DE LA PARTICIPACION DEL REASEGURADO.

CUANDO SEA REQUERIDO POR ESCRITO, EL REASEGURADO DEBERA PERMITIR AL REASEGURADOR O SUS REPRESENTANTES LA OPORTUNIDAD DE ESTAR ASOCIADOS CON EL REASEGURADO, A COSTO DEL REASEGURADOR, EN LA DEFENSA Y AJUSTE DE CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA O PROCEDIMIENTO QUE ENVUELVA ESTE REASEGURO, Y EL REASEGURADO Y EL REASEGURADOR COOPERARAN EN CADA RESPECTO EN LA DEFENSA DE DICHO RECLAMO, SU DEMANDA O PROCEDIMIENTO. ESTE ACUERDO SOBRE RECLAMACIONES NO PERMITE NINGUN TIPO DE PAGOS GRATUITOS O EXGRATIA.

CLAUSULA DE JURISDICCION LOCAL

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICION EN CONTRARIO CONTENIDA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO, QUEDA ACORDADO QUE LA INDEMNIDAD PREVISTA EN ESTE CONTRATO NO SE APLICARA A:

1. COMPENSACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS CON FALLOS PRONUNCIADOS POR CUALQUIER ENTE DIFERENTE DE UN JUZGADO COMPETENTE CON JURISDICCION DENTRO DE LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA POLIZA.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
NIZA		64-03-101001049	9
TOMADOR CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6865000	
ASEGURADO CLINICA JUAN N CORPAS LTDA		NIT 830.113.849-2	
DIRECCION KR 111 NRO. 159 A - 61	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 6865000	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2. COSTAS Y EXPENSAS DE LITIGIOS RECUPERADOS POR CUALQUIER DEMANDANTE ORIGINAL DE PARTE DEL REASEGURADO EN LOS QUE SE INCURRA DEBIDAMENTE Y NO SEAN RECUPERABLES EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA POLIZA.

3. LA INTENCION DE ESTA CLAUSULA ES QUE BAJO EL CONTRATO SOLO SE INDEMNICE AL REASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LAS PRACTICAS, CONDICIONES Y SENTENCIAS CONSUECUDINARIAS NORMALMENTE APLICADAS EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN EL CONTRATO.



SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

CONDICIONES GENERALES MODALIDAD OCURRENCIA FORMA 30/07/2018 – 1329 – P – 06 – ERC001A

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARÁ **SEGURESTADO**, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA, Y CON SUJECCIÓN A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMÁS TÉRMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL ASEGURADO DERIVADA DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD, LA CUAL DEBE CUMPLIR CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN SU OPERACIÓN EN EL TERRITORIO NACIONAL.

SECCIÓN I COBERTURAS

1. AMPARO BÁSICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA O IMPERICIA, ACCIÓN U OMISIÓN, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA PÓLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACIÓN (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACIÓN EXPRESA DE **SEGURESTADO** PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA PÓLIZA.

TODA SUMA QUE **SEGURESTADO** DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA PÓLIZA, REDUCIRÁ EN IGUAL PROPORCIÓN EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.



PARAGAFOS: SEGURESTADO, INDEMNIZARÁ LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PÉRDIDA ECONÓMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACIÓN POR UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2. EXTENSIONES COBERTURA BÁSICA

CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BÁSICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES A CONSECUENCIA DE:

2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MÉDICOS

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACIÓN O ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISIÓN DIRECTA DE ÉSTE.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPÍTULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESIÓN Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, POR:

1. LA PROPIEDAD, USO O POSESIÓN DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN



ESTE NUMERAL, OPERARÁ EN EXCESO DE LAS PÓLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS.

PARÁGRAFO: ESTA EXTENSIÓN AL AMPARO BÁSICO, TENDRÁ COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PÉRDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TÉRMINOS DE ESTE SEGURO.

LOS GASTOS DE DEFENSA SERÁN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGUROS.

SEGURESTADO RECONOCERÁ COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, PREVIA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARÁN POR REEMBOLSO POR **SEGURESTADO**, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

SECCIÓN II EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MÉDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATÓGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.



3. RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD, POR LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTÁN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHÓLICAS, INTOXICANTES O NARCÓTICAS.
6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACIÓN Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL –INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MÉDICA (SOCIEDADES CIENTÍFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN EN TALES CASOS.
7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y QUE NO ESTÉN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE –CUPS- (RESOLUCIÓN 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN EN TALES CASOS.
8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE TIPO ESTÉTICO O COSMÉTICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:



- I- CUANDO LA CONTINUACIÓN DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MÉDICO.
 - II- CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MÉDICO.
 - III- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCIÓN CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.
13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO.
14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACIÓN IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.
- EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA.
- ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICIÓN DE PACIENTE.
15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA PÓLIZA.
16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ÉSTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCIÓN DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.



18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LO MODIFIQUEN, QUE DICE:

“CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MÉDICO PODRÁ EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, EN RAZÓN DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

- A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD;
B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCIÓN DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA;
C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS”*,

CASO EN EL CUAL **SEGURESTADO** RESPALDARÁ AL ASEGURADO ÚNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LÍMITE PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20. VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL.
21. PÉRDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRÓNICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO. ASÍ, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MÉDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE PÓLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACIÓN QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUÍNEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLÍNICA DEL ASEGURADO.
25. LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O



TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

26. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, ETC.
27. ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS.
29. ORGANISMOS PATOGENICOS.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
31. ATENCIÓN O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (PHD).
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARÍTIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRÁCTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER OTRA ENTIDAD.
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
 - 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



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, O CONMOCIÓN CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCIÓN DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN 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.
- 37.** CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.
- 38.** TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACIÓN HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
- I-** LA ACCIÓN DE ENERGÍA ATÓMICA.
 - II-** RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTIÓN DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
 - III-** LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. 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.
- 39.** ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARÁCTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PÚBLICO SEGÚN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
- 40.** RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.



41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELÉFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44. LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA PÓLIZA.
47. OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASÍ COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACIÓN DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.
48. HURTO, FALSIFICACIÓN, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACIÓN INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO.
50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51. SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.
52. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MÉDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.



SECCIÓN III DEFINICIONES GENERALES

Bajo este contrato de seguro se entenderá por cada uno de los términos relacionados a continuación, lo siguiente:

- 1. ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA:** Conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el asegurado y/o el personal de la salud a su servicio debidamente autorizados conforme a la leyes aplicables y especificados en la carátula de la póliza y/o anexos y mediante los cuales se trata de obtener la curación o alivio del paciente. Ellos pueden ser preventivos, de promoción de la salud, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación.

Se entienden por éstos: 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.

- 2. ACTOS ERRÓNEOS:** Cualquier acto médico real o supuesto, error, omisión o incumplimiento negligente relacionado con los servicios profesionales y/o asistenciales de la salud prestados por el asegurado y que, conforme a la ley, generan responsabilidad civil del mismo y en consecuencia llevan a una reclamación efectuada por el paciente afectado o tercero afectado o sus causahabientes sobre el procedimiento realizado por el asegurado.
- 3. ASEGURADO:** Es la persona natural titular del riesgo y del interés asegurable objeto del presente contrato de seguro, debidamente nombrada como tal en la carátula de la póliza.
- 4. DEDUCIBLE:** Es el monto o porcentaje del daño indemnizable determinado en la carátula de la póliza para cada amparo/cobertura, previamente convenido con el tomador, que invariablemente se deduce de la indemnización y siempre queda a cargo del asegurado o del beneficiario.

Si como consecuencia de un solo siniestro se afectan varias de las coberturas de los amparos contratados por el tomador, el deducible estipulado en la carátula de la póliza se aplicará para cada amparo por separado.

- 5. SINIESTRO:** Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erróneo por el cual se imputa responsabilidad civil al asegurado, acaecido en forma accidental, súbita e imprevista que haya causado un daño material, lesión personal y/o muerte generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurrido durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias jurídicas sean reclamadas al asegurado, por vía judicial o extrajudicial durante la vigencia de la póliza o más tardar dentro del periodo de prescripción que tiene el tercero afectado frente al asegurado de acuerdo con lo establecido en la legislación colombiana.

Respecto de la acción directa que tiene el tercero afectado frente a **SEGURESTADO** la prescripción correrá de acuerdo con lo establecido en el código de comercio colombiano.



Así mismo, la serie de actos erróneos que son o están temporal, lógica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán parte de un mismo siniestro y constituirán un solo y único daño y/o costo sin importar el número de reclamantes y/o reclamaciones formuladas. La responsabilidad máxima de **SEGURESTADO** por dicho daño y/o costos, no excederá el límite de responsabilidad por evento / vigencia establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza.

6. **PACIENTE:** Es la persona natural atendida por el asegurado para recibir asistencia médica y resulta afectada por el hecho de responsabilidad civil profesional imputable al asegurado de acuerdo con la ley y a las condiciones generales de la póliza.
7. **TERCERO AFECTADO:** Es la persona natural o jurídica que resulta afectada o damnificada por un hecho de responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado de acuerdo con la ley, por eventos amparados bajo la presente póliza:

Para los efectos de este contrato de seguros, NO se consideran terceros a:

A. El cónyuge, compañero permanente y los parientes del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y/o primero de afinidad.

B. Las personas vinculadas mediante contrato laboral con el asegurado o vinculadas con contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios, así como los socios del asegurado, y los contratistas y subcontratistas a su servicio, salvo que se encuentren siendo atendidos como pacientes del asegurado.

8. **VALOR ASEGURADO O SUMA ASEGURADA:** Es la suma de dinero señalada en la carátula de la póliza y que corresponde a la máxima responsabilidad de **SEGURESTADO** en caso de un evento amparado a la luz de este contrato de seguro, luego de aplicar el deducible por cada siniestro que pueda ocurrir durante la vigencia de la póliza.

SEGURESTADO no estará obligado, en ningún caso, a pagar daños y/o costos que excedan el límite agregado de responsabilidad aplicable, una vez este haya sido agotado por el pago de daños y/o costos.

Los sublímites indicados en algunos amparos o coberturas bajo las condiciones del presente contrato de seguro se deben entender incluidos dentro del límite de valor asegurado para la cobertura básica y por lo tanto no incrementan la responsabilidad de **SEGURESTADO**, a menos que se indique lo contrario mediante condición particular en la póliza.

9. **VIGENCIA DEL SEGURO:** Es el periodo de cobertura comprendido entre las fechas de inicio y terminación que aparecen señaladas en la carátula de la póliza o sus anexos, durante las cuales el asegurado realiza las actividades relacionadas con la profesión de la salud asegurada y entre las cuales debe ocurrir el acto o hecho dañoso por el cual se imputa la responsabilidad al profesional de la salud asegurado.
10. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Hace referencia al procedimiento mediante el cual el médico comunica e informa a su paciente las diversas opciones y alternativas para el diagnóstico, evolución y tratamiento de la enfermedad, advirtiéndole los riesgos inherentes a los procedimientos, así como los beneficios que se deriven, en



forma clara para que le permitan tomar una decisión racional. Este procedimiento es la autorización autónoma de una intervención médica de cada paciente capaz en particular. El consentimiento debe ser libre, autónomo, informado, constante y cualificado, del cual debe quedar constancia expresa.

El asegurado quedará exonerado de advertir los riesgos en los siguientes casos:

- Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan.
- Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico.

El médico dejará constancia en la historia clínica del consentimiento informado o de la imposibilidad de hacerlo.

11. DISENTIMIENTO INFORMADO: Es el documento donde se expresa la negación por parte del paciente, sus familiares o personas responsables, para la realización de procedimientos clínicos, terapéuticos que son necesarias para el manejo de la salud del paciente.

12. PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADO: Profesionales en medicina, odontología, enfermería, técnicos y auxiliares en carreras o programas relacionados con el sector de la salud, realizados en una universidad o institución de educación superior acreditada en Colombia por el ministerio de educación nacional o quien haga sus veces, o en una institución de educación en el extranjero siempre que el título profesional, técnico o auxiliar sea homologado en Colombia por la autoridad competente.

13. PERJUICIOS PATRIMONIALES: Se entiende por perjuicios patrimoniales el daño emergente y el lucro cesante del paciente, tercero afectado y/o sus causahabientes que haya sido causado por el asegurado en la póliza y por el cual éste sea civilmente responsable.

14. PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: Se entiende por perjuicios extrapatrimoniales el daño moral, daño a la vida en relación, daño fisiológico y/o a la salud, reclamado a **SEGURESTADO** con ocasión a un evento amparado en la póliza, que se reconocerá siempre que se haya generado pérdida económica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnización por un evento amparado por la póliza.

SECCIÓN IV OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

1. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO – NOTIFICACIÓN DE SUS CAMBIOS

El asegurado o el tomador, según sea el caso están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a **SEGURESTADO** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan a dicha celebración y que signifiquen un cambio en el estado del riesgo.



La notificación a **SEGURESTADO** deberá hacerse por escrito, con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha en que se dará la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del tomador o del asegurado. Si le es extraña, tal notificación se deberá realizar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de la modificación. Se presume el conocimiento por parte del tomador o del asegurado, transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Una vez notificada la modificación del riesgo en los términos arriba expuestos, **SEGURESTADO** podrá revocar el contrato de seguro o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima o en las condiciones del contrato.

La falta de notificación oportuna a **SEGURESTADO** según los términos antes indicados produce la terminación de este contrato.

2. PAGO DE LA PRIMA – TERMINACIÓN AUTOMÁTICA POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA

El tomador del seguro está obligado a pagar la prima. Salvo disposición 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 de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

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

3. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO/TERCERO AFECTADO EN CASO DE SINIESTRO

A. Cuando ocurra un siniestro que pueda dar lugar a una reclamación por la presente póliza, el asegurado estará obligado a evitar su extensión y propagación y a proveer el salvamento de las cosas aseguradas. Si se incumpliere esta obligación, **SEGURESTADO** podrá deducir de la indemnización, el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

B. El asegurado o el beneficiario están obligados a dar aviso de **SEGURESTADO** de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer. Si se incumpliere esta obligación, **SEGURESTADO** solo podrá deducir de la indemnización, el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

C. Declarar a **SEGURESTADO**, al dar la noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con indicación del asegurador y de los valores asegurados.

D. Le corresponde al asegurado – beneficiario acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida para lo cual goza de libertad probatoria. En tal sentido, el asegurado – beneficiario acompañará las pruebas pertinentes tales como dictámenes médicos, historias clínicas, facturas, entre otros, y comunicará por escrito a **SEGURESTADO** todos los detalles y hechos que demuestren plenamente la responsabilidad civil del asegurado, la ocurrencia del siniestro y la cuantía de los perjuicios causados, así como la relación de causalidad con la prestación del servicio.



E. La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

4. CONSENTIMIENTO

Dada la naturaleza de este seguro, el asegurado no podrá admitir su responsabilidad, ni realizar acuerdos de conciliación tendientes a la afectación de la póliza sin el consentimiento escrito de **SEGURESTADO**, quien tendrá derecho en cualquier momento a intervenir en el manejo de la defensa o liquidación del reclamo, si **SEGURESTADO**, así lo considere conveniente.

Si el asegurado se rehusara injustificadamente a prestar su consentimiento en relación con un acuerdo sugerido por **SEGURESTADO**, la responsabilidad de la aseguradora no excederá en tal caso el monto a cargo previsto en dicho acuerdo, incluyendo los costos incurridos desde el momento en que **SEGURESTADO** solicitó el consentimiento del asegurado hasta la fecha de rechazo.

S E C C I Ó N V CONDICIONES VARIAS

1. DERECHOS Y DEBERES DE SEGURESTADO EN CASO DE SINIESTRO

Cuando ocurra un evento, cubierto por esta póliza **SEGURESTADO** podrá:

A. Inspeccionar los edificios, locales o predios en los que ocurrió el siniestro.

B. Colaborar con el asegurado para evaluar médica y económicamente los perjuicios efectivamente causados y para determinar la causa y consecuencias de los mismos para la cual, **SEGURESTADO** se reserva el derecho de examinar la víctima, ingresar a los predios mencionados en la carátula de la póliza, examinar los libros, historias clínicas y demás documentos del asegurado relacionados con el reclamo o siniestro.

C. Las facultades conferidas a **SEGURESTADO** por la presente condición podrán ser ejercidas en cualquier momento hasta tanto el asegurado o la víctima le comuniquen por escrito que renuncian y/o desisten de la reclamación presentada judicial o extrajudicialmente.

2. REDUCCIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El valor asegurado se entenderá reducido, desde el momento de ocurrencia del siniestro en el importe de la indemnización pagada por **SEGURESTADO**.

3. GARANTÍAS – DEFINICIÓN Y EFECTOS

Se entiende por garantía, la promesa inequívoca, en virtud de la cual el tomador o el asegurado se obligan a hacer o no determinada cosa, o a cumplir determinada exigencia, o mediante la cual afirma o niega la existencia de determinada situación de hecho.

La garantía deberá constar en la póliza por escrito o en documentos accesorios a ella, y debe expresar el compromiso claro que adquiere el tomador o el asegurado.

En caso de no cumplirse la garantía, sea o no sustancial respecto del riesgo, el contrato de seguro será anulable. Cuando la garantía se refiere a un hecho posterior a la celebración del contrato, **SEGURESTADO** podrá darlo por terminado desde el momento de la infracción u oponer el incumplimiento de la misma.



4. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro otorgado por la presente póliza podrá ser revocado, en los siguientes casos:

A. Por **SEGURESTADO** mediante comunicación escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. La revocación dará derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada.

B. Por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **SEGURESTADO**. El importe de la prima devengada y de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

5. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza **SEGURESTADO**, se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el formulario de conocimiento del cliente, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y sometidos a la consideración de **SEGURESTADO**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, por lo tanto, se consideran como parte integrante de la misma.

6. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

El presente seguro se refiere única y exclusivamente a actividades realizadas en el territorio colombiano bajo la legislación y jurisdicción colombiana.

7. SUBROGACIÓN

SEGURESTADO, una vez efectuados cualesquiera de las indemnizaciones previstas en esta póliza, se reserva el derecho a la subrogación hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al tomador/asegurado. Éste prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de los documentos que fuesen necesarios para dotar a **SEGURESTADO** de legitimación activa para demandar judicialmente.

Así mismo, **SEGURESTADO** se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

Al asegurado le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza, si el asegurado actuó de mala fe o con dolo, deberá restituir los costos y/o gastos legales que **SEGURESTADO** hubiere pagado de manera anticipada, así como también perderá el derecho a la indemnización.

8. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración o modificación que deban hacer las partes en relación con el presente contrato, deberá realizarse por escrito y ser enviada a la última dirección suministrada por ellas.

TRASLADO. Para dar cumplimiento a lo ordenado en el *art, 370 del Código General del Proceso*, conforme al auto anterior se fijan los escritos de excepciones de mérito, en lista de traslado en lugar público de la secretaría del Juzgado, hoy *23 de febrero de 2022*, siendo las 8:00 AM, por el término legal de **cinco (5) días**, que empieza a correr el día *24 de febrero de 2022* a las 8:00 AM, quedando a disposición de la parte contraria.

El Srío,

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'CAGT'.

CARLOS A. GONZÁLEZ T.

SEÑOR.
JUEZ 44 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E.S.D.

Referencia: RESTITUCIÓN DE INMUEBLE (LEASING HABITACIONAL) contra MARIA JENNY AVENDAÑO NARANJO

RAD: 2021-00184

ASUNTO: CONTESTACION DE DEMANDA

OMAR ANDRES LEYTON CARRILLO, mayor con domicilio en esta ciudad e identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderado judicial de la demandada, con domicilio en esta ciudad, conforme al poder a mi conferido y aportado en el momento de la notificación personal, por medio del presente escrito y estando dentro del término legal me dirijo a su Despacho con el objeto de contestar la demanda así:

I. A LOS HECHOS

1. Es cierto.
2. No es cierto, en la cláusula primera del otro si base de esta acción, titulada condiciones financieras nada se estipuló respecto a: "... junto con los cargos que resulten por concepto de los seguros..." que se afirman en este hecho.
3. No es cierto, el interés remuneratorio se pactó sobre el monto en pesos.
4. No es cierto, quien incumplió el contrato fue la entidad demandante al cobrar unos cánones de arrendamiento que ya habían sido pagados, pues nótese como en el hecho séptimo del escrito de demanda se lee que el valor del canon o cuota era de 6507,2212 UVR habiendo pagado mi representada en las cuotas anteriores el equivalente en pesos de 12960,3953 UVR, suma esta superior a la que se le reprocha en mora y la cual debió ser imputada a capital o a las cuotas subsiguientes.
5. Es cierto
6. No es cierto, el actor no aporta prueba siquiera sumaria de tales requerimientos.
7. No es cierto, mi mandante ya había cubierto dichos cánones con los pagos realizados con anterioridad por sumas superiores al valor de la cuota en pesos y su respectivo equivalente en UVR enunciada y enlistada en este hecho.

II. A LAS PRETENSIONES

1. Me opongo, por cuanto el demandante fue quien incumplió el contrato de arrendamiento al pretender cánones ya sufragados
2. Me opongo, por cuanto mi representada no incumplió el contrato de leasing.
3. Me opongo, la negativa de escuchar al demandado en proceso de restitución de la tenencia por leasing no se le hace extensiva la previsión del art. 384 del C. G. del P.,

tal como lo precisó la Sala de Casación Civil mediante sentencia **STC5878-2020** y demás sentencias de tutela proferidas por la Honorable corte Constitucional.

4. Me opongo, por cuanto al no prosperar ninguna de las pretensiones mal podría darse viabilidad a esta solicitud.
5. Me opongo, ya que al no prosperar ninguna de las pretensiones no puede haber condena en costas.

III. EXCEPCIONES

1. CONTRATO NO CUMPLIDO A CARGO DEL ACTOR
2. PAGO
3. BUENA FE

Fundo las anteriores excepciones con los siguientes argumentos:

La entidad demandante pretende cobrar cánones de arrendamiento o cuotas superiores a las que mi representada estaba pagando tal como puede observarse en el hecho séptimo del escrito de demanda en donde se enlista que el valor de la cuota es de 6507,2212 UVR mensual y en los hechos anteriores se lee que la cuota era de 12960,3953 UVR mensuales y que tan solo a partir del mes de abril de 2019 supuestamente incurrió en mora, lo que permite deducir que al menos hasta el mes de marzo de 2019 mi representada pagó una suma superior de UVR por concepto de cuota mensual, debiendo la entidad demandante imputar los pagos en exceso efectuados bien sea a las cuotas o cánones subsiguientes o a capital

IV. PRUEBAS:

1. DOCUMENTALES EN PODER DE LA DEMANDANTE:

Solicito de manera respetuosa se requiera a la entidad demandante con el fin de que aporte con destino a este proceso la amortización y proyección de las cuotas o cánones a cargo de la demandada a partir de la fecha del otorgamiento del crédito y hasta la fecha proyectada para su terminación, en donde se pueda observar los pagos realizados por la demandada indicando su monto, tanto en pesos como su equivalencia en UVR la fecha de su pago, la forma como fue imputado y el saldo que iba quedando una vez se hacía la respectiva imputación.

2. PRUEBA PERICIAL.

Una vez sea aportada la documental requerida, y de conformidad con el art. 227 del C.G. del P. solicito se fije un término para que este sujeto procesal aporte dictamen pericial matemático y financiero con el fin de demostrar el pago realizado por mi mandante, verificar la forma en que fue imputado y como no se encontraba en mora como lo afirma el actor y demás cuestionario que se elevará en su debida oportunidad y cuando se tenga acceso a la información solicitada en el numeral primero de este acápite de pruebas, NO siendo posible aportar dicho dictamen con la presente contestación al no tener la información de dichos pagos, las fechas y sus montos y que si se encuentran en poder de la entidad financiera.

3. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito se sirva fijar fecha y hora para llevar a cabo diligencia de interrogatorio de parte que personalmente o a través de sobre cerrado le formularé al representante legal o a quien haga sus veces

V. FUNDAMENTOS DE DERECHO Y COMPETENCIA

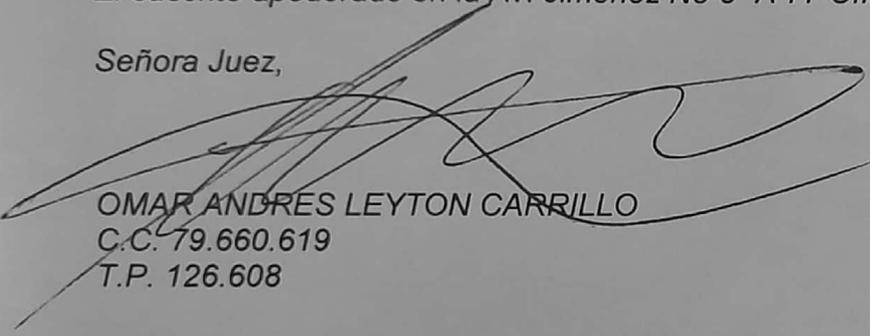
Fundo esta contestación en lo establecido en el art. 96 y siguientes, 368 y siguientes, del C.G. del P. art. 2341 y siguientes del C.C. y demás normas concordantes y pertinentes y es usted competente por tramitarse en su Despacho el presente proceso.

NOTIFICACIONES

El demandante, su apoderado y la demandada en las aportadas en la demanda.

El suscrito apoderado en la Av. Jiménez No 8- A 77 Oficina 505 de Bogotá.

Señora Juez,



OMAR ANDRES LEYTON CARRILLO
C.C. 79.660.619
T.P. 126.608

CONTESTACIÓN2021-0184LEASING.pdf

OMAR ANDRES LEYTON CARRILLO <omarandresleyton@hotmail.com>

Jue 3/02/2022 4:12 PM

Para: Juzgado 44 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j44cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Buenas tardes,

Adjunto envío contestación de demanda para que obre dentro del proceso de restitución de inmueble por leasing de DAVIVIENDA contra MARIA JENNY AVENDAÑO NARANJO No 2021-0184.

Muchas gracias

Omar Andres Leyton Carrillo
Apoderado parte demandada

Get [Outlook para Android](#)

TRASLADO. Para dar cumplimiento a lo ordenado en el *art, 370 del Código General del Proceso*, se fija el escrito de excepciones de mérito, en lista de traslado en lugar público de la secretaría del Juzgado, hoy *23 de febrero de 2022*, siendo las 8:00 AM, por el término legal de **cinco (5) días**, que empieza a correr el día *24 de febrero de 2022* a las 8:00 AM, quedando a disposición de la parte contraria.

El Srío,

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'C' followed by a horizontal line and a diagonal stroke.

CARLOS A. GONZÁLEZ T.



Señor:

JUEZ CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E.

S.

D.

REFERENCIA No.: 2021-0342

ASUNTO: LIQUIDACIÓN DE CRÉDITO- SOLICITUD DE ELABORACIÓN, CONVERSIÓN Y ENTREGA DEL TÍTULOS.

PROCESO EJECUTIVO DE **SCOTIABANK COLPATRIA S.A.** contra **KAREN GERALDINE MENDOZA MONDRAGON.**

ELIFONSO CRUZ GAITAN, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando como apoderado judicial de la parte actora, dentro del proceso en referencia, muy respetuosamente me permito:

1.- Aportar LIQUIDACIÓN DE CRÉDITO de conformidad con lo contemplado en el Artículo 446 del Código General del Proceso, así:

LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO

4593560070730617

31 DE ENERO DE 2022

SALDO CAPITAL INSOLUTO	\$45.901.552,00
SALDO INTERÉS CORRIENTE	\$5.152.273,00
SALDO INTERÉS MORA	\$5.835.425,2
SUBTOTAL	\$56.889.250,20

LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO

398618130395

31 DE ENERO DE 2022

SALDO CAPITAL INSOLUTO	\$30.000.000,71
SALDO INTERÉS CORRIENTE	\$6.761.424,93
SALDO INTERÉS MORA	\$3.813.874,53
SUBTOTAL	\$40.575.300,17

LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO

5536620059802873

31 DE ENERO DE 2022

SALDO CAPITAL INSOLUTO	\$35.656.443,00
SALDO INTERÉS CORRIENTE	\$3.890.045,00
SALDO INTERÉS MORA	\$4.532.973,22
SUBTOTAL	\$44.079.461,22



**LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO
330418011884
31 DE ENERO DE 2022**

SALDO CAPITAL INSOLUTO	\$29.800.000,35
SALDO INTERÉS CORRIENTE	\$6.004.376,08
SALDO INTERÉS MORA	\$3.788.448,65
SUBTOTAL	\$39.592.825,08

**LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO
1008781369
31 DE ENERO DE 2022**

SALDO CAPITAL INSOLUTO	\$13.819.990,75
SALDO INTERÉS CORRIENTE	\$3.653.324,47
SALDO INTERÉS MORA	\$1.756.923,65
SUBTOTAL	\$19.230.238,87

TOTAL DE LIQUIDACIÓN DE CRÉDITO: \$200.367.075,54

2.- Se sirva ordenar la elaboración y entrega de títulos judiciales que existen dentro del proceso de la referencia, de conformidad con lo contemplado en el Artículo 447 del Código General del Proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior, agradezco ordene a quien corresponda la elaboración, conversión y entrega de los títulos judiciales que existan a favor del proceso.

Del Señor Juez,

**ELIFONSO CRUZ GAITAN.
C.C N° 79.380.350 de Bogotá
T.P N° 118.955 del C.S de la J.**

Elaboró: Cynthia Hundelshausen 31/01/2022

TRASLADO. Para dar cumplimiento a lo ordenado en los *arts, 110 y 446 del Código General del Proceso*, se fija la liquidación del crédito, en lista de traslado en lugar público de la secretaría del Juzgado, hoy *23 de febrero de 2022*, siendo las 8:00 AM, por el término legal de **tres (3) días**, que empieza a correr el día *24 de febrero de 2022* a las 8:00 AM, quedando a disposición de la parte contraria.

El Srío,

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'CAGT' followed by a long horizontal stroke.

CARLOS A. GONZÁLEZ T.