

Radicado 08001315301520220000700 Contestación llamamiento en garantía

Notificaciones Jdabogados <notificaciones@jdgabogados.com>

Mié 11/01/2023 12:25

Para: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlántico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Juan David Gómez Rodríguez <jdgomez@jdgabogados.com>; Estefania Arango Tobon <earango@jdgabogados.com>; Pablo Guerra Hernandez <abogado1@jdgabogados.com>; Abogado Jdgabogados <abogado@jdgabogados.com>; diradmon@clinicalamerced.com <diradmon@clinicalamerced.com>; estadosiudiciales@ospedale.com.co <estadosiudiciales@ospedale.com.co>; apenaloza20@hotmail.com <apenaloza20@hotmail.com>

Buenos días, **SEÑORES JUZGADO 15 CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA.**

JUAN DAVID GÓMEZ RODRÍGUEZ, actuando como apoderado judicial de la compañía aseguradora **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, en la oportunidad legal me permito contestar el llamamiento en garantía formulado por **CLÍNICA LA MERCED S.A.**, adjuntando los siguientes documentos:

- Contestación llamamiento en garantía.
- Certificado de existencia y representación legal.
- Condiciones generales y particulares de la póliza número 46973, con vigencia del 09 de septiembre de 2020 hasta el 9 de septiembre de 2021.
- Poder

Finalmente, cumpliendo con lo normado en el artículo número 78 del Código General del proceso y lo establecido en la Ley 2213 de 2022, nos permitimos copiar a todos los sujetos procesales.

Por favor confirmar recibido.

Gracias.

Jessica Vargas Garzón
Abogada
Cel. 31 86448770
notificaciones@jdgabogados.com

Juan David Gómez Rodríguez





Señores

**JUZGADO 15 CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
E.S.D.**

PROCESO: VERBAL

DEMANDANTE: MARHIDA NAVAS PALMERA Y OTROS

DEMANDADO: CLÍNICA LA MERCED S.A. Y OTROS.

LLDA EN GTIA: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

RADICADO: 08001315301520220000700

JUAN DAVID GÓMEZ RODRÍGUEZ, identificado como aparece al pie de mi firma y actuando como apoderado judicial de la compañía aseguradora **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, en la oportunidad legal me permito contestar el llamamiento en garantía formulado por **CLÍNICA LA MERCED S.A.** y hacer unas consideraciones frente a la demanda principal en los siguientes términos:

RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

AL 1: No le consta a mi representada que el menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA haya nacido el 23 de noviembre de 2018 en el Hospital Clarence Lynd Newball de San Andrés Islas.

AL 2: No le consta a mi representada los trámites del registro del menor, por lo que nos atenemos a lo que se pruebe en el proceso.

AL 3: No le consta a mi representada las semanas de gestación con las que nació el menor.

AL 4: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

No le consta a mi representada las condiciones en las cuales nació el menor y mucho menos las dificultades que éste presentaba.

No le consta a mi representada los tratamientos brindados al menor en el Hospital Clarence Lynd Newball de San Andrés Islas.

No le consta a mi representada la permanencia del menor en la Unidad de Cuidados Intensivos.

AL 5: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

No le consta a mi representada el diagnóstico realizado por los médicos tratantes.

Es cierto que el menor es traslado a la ciudad de Barranquilla.



AL 6: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que el menor ingresa a la CLÍNICA LA MERCED S.A. el 15 de diciembre de 2018.

Es cierto que el menor es valorado por médicos especialistas quienes realizan valoración inicial de urgencia.

No es cierto que el 15 de diciembre de 2018 el menor haya sido sometido a cirugía, pues según la prueba documental el procedimiento se realizó el 16 de diciembre de 2018.

Precisando que el menor es sometido a COLOSTOMIA PERMANENTE, APENDICECTOMIA SOD, ABIERTA DE INTESTINO GRUESO SOD la cual es realizada de urgencia por las condiciones en que se encontraba el menor y advirtiendo que durante dicho procedimiento no se presentó complicación alguna.

AL 7: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que al menor se le da de alta en buenas condiciones de salud.

Es cierto que el personal médico da instrucciones y signos de alarma a la madre del menor.

No le consta a mi representada que el personal médico haya indicado que se podrían regresar para San Andrés Islas.

AL 8: Es cierto que el menor consulta en el mes de febrero de 2019, donde se observa al paciente con buena evolución y se programa para cierre de la Colostomía.

AL 9: Es cierto que el 24 de marzo de 2019 el paciente ingresa al servicio de hospitalización para ser preparado para el procedimiento quirúrgico que tenía programado.

AL 10: Es cierto que el 26 de marzo de 2019 se realiza el procedimiento quirúrgico sin complicaciones, tal y como se indica en la historia clínica del paciente.

AL 11: Es cierto que durante el postoperatorio el menor presentó una evolución desfavorable, por lo que es valorado de forma inmediata por el especialista y se ordena reintervenir al paciente.

Precisando que tal y como está registrado en la historia clínica la atención médica brindada en esta oportunidad fue oportuna y diligente.

AL 12: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que se realizó procedimiento quirúrgico al menor en debida forma.

Es cierto que el paciente debió ser remitido a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica en otra institución de la ciudad.



AL 13: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que el menor estuvo en la Unidad de Neonatos mientras se hacía efectiva la remisión del mismo.

No le consta a mi representada el diagnóstico de egreso del menor.

AL 14: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que el menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA falleció el 1 de abril de 2019.

No es cierto que la causa de la muerte del menor sea imputable a las atenciones médicas brindadas.

AL 15: Lo manifestado en este numeral no corresponde a un hecho, sino que son consideraciones de la parte actora sin ningún soporte técnico, científico o jurídico.

Además, no puede olvidarse que el servicio de cirugía se encuentra debidamente habilitado, que el menor ya había sido intervenido en una primera oportunidad en la CLÍNICA LA MERCED y sobre todo que durante la estadía del menor NAVAS PALMERA en la institución estuvo bajo cuidado estricto de los especialistas, tal y como consta en la historia clínica del paciente.

AL 16: No le consta a mi representada los perjuicios materiales e inmateriales sufridos por los demandantes.

OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES INVOCADAS:

Teniendo en cuenta la respuesta dada a los hechos de la demanda y que son el sustento fáctico de las pretensiones invocadas por la parte actora, manifestamos que nos oponemos a dichas pretensiones, pues carecen de fundamento.

De los hechos que se indican en la demanda y de la prueba documental aportada con la misma, se puede concluir que no existe ningún medio de prueba que permita deducir responsabilidad de la CLÍNICA LA MERCED S.A. en las atenciones médicas brindadas al menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA.

La CLÍNICA LA MERCED S.A. brindó atención médica oportuna al menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA en cada oportunidad que este lo requirió, atenciones que siempre estuvieron ajustadas a la *lex artis* y a los síntomas y signos que presentaba la paciente desde su ingreso a la institución.

Igualmente, es claro que no existe ninguna relación de causalidad entre la atención brindada por la CLÍNICA LA MERCED S.A. y las complicaciones en el estado de salud del paciente, dado que, la entidad llamante en garantía actuó siempre en debida forma, con una atención acorde con los hallazgos clínicos, dispensando todos los medios científicos y humanos disponibles, por lo que la indemnización que se reclama en el presente proceso



tiene como fundamento unos hechos que no son atribuibles fáctica y jurídicamente a la CLÍNICA LA MERCED S.A.

Por último, no debe olvidar el despacho que nos encontramos bajo un escenario de culpa probada, por lo que en los términos del artículo 2341 del Código Civil y 167 del Código General del Proceso, le corresponde a la parte actora demostrar todos los elementos estructurantes de la responsabilidad, de lo contrario las pretensiones de la demanda no pueden prosperar.

En estos términos nos oponemos a las pretensiones de la demanda formuladas en contra de la parte demandada.

EXCEPCIONES DE MERITO:

➤ **CARGA DE LA PRUEBA - LA CULPA MÉDICA DEBE SER PROBADA:**

Teniendo claro que el régimen aplicable a la responsabilidad médica, es el régimen de culpa probada y en aplicación del artículo 167 del Código General del Proceso aplicable al caso concreto, es claro que le corresponde al pretensor demostrar que durante la atención médica del menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA se presentó una falla en la prestación del servicio y que dicha falla es la causa única y directa de los daños pretendidos; y en caso de no lograrse acreditar dichas situaciones, las pretensiones de responsabilidad formuladas no deben prosperar.

Además, es claro que la parte resistente, se exonera de responsabilidad, demostrando un actuar diligente y cuidadoso, demostrando una causal de exoneración o simplemente esperando que la parte pretensora no cumpla con la carga de la prueba; pues reiteramos que el régimen aplicable es el de la culpa probada y la carga de la prueba recae en cabeza de la parte demandante.

Como se indicó al momento de contestar los hechos de la demanda, y tal como se puede corroborar con la historia clínica, la atención que se le prestó al menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA por parte del personal médico de la CLÍNICA LA MERCED S.A fue inmediata, diligente y ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Así mismo, es importante precisar que, el único juicio de reproche que realizan los demandantes a la CLÍNICA LA MERCED S.A es enfocado a la realización del segundo procedimiento sin contar con Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, lo cual sin duda no es la causa directa la muerte del menor.

Reiterando que, la CLÍNICA LA MERCED S.A en todo momento brindó una atención de calidad, segura y oportuna a la paciente.

En consecuencia, no existe hecho culposo, ni relación de causalidad adecuada que permita imputar responsabilidad en cualquiera de sus modalidades. Es clara la ausencia de culpa.

➤ **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA CLÍNICA LA MERCED S.A.**



La responsabilidad que se pretende imputar a la demandada no debe prosperar, pues no se configuran los elementos estructurales de la responsabilidad civil, en especial, la falla en la prestación del servicio, el daño y el nexo causal; pues reiteramos que las atenciones brindadas al paciente por los profesionales adscritos a la CLÍNICA LA MERCED S.A fueron oportunas y diligentes, tal y como se explicó al momento de darle respuesta a los hechos de la demanda.

Con el fin de darle claridad al despacho, nos permitiremos hacer un análisis de cada uno de los elementos de la responsabilidad, para así poder concluir que en el presente asunto las pretensiones en contra de la entidad demandada CLÍNICA LA MERCED S.A no deben prosperar:

- **INEXISTENCIA DE HECHO ILÍCITO:**

Teniendo en cuenta que nos encontramos en un escenario de responsabilidad civil subjetiva, por hecho ilícito, según la jurisprudencia y doctrina vigente, se ha entendido como aquella conducta imprudente, negligente, imperita o violatoria de reglamentos que tenga la potencialidad de causar un daño, y en el caso concreto como aquella falla en la prestación del servicio de salud; reiterando que en el presente asunto dicho hecho ilícito no se configura, pues el actuar del personal médico de la CLÍNICA LA MERCED S.A estuvo ajustado a las guías y protocolos médicos para el manejo de los síntomas y signos que presentó la paciente.

Es claro que los médicos de la CLÍNICA LA MERCED S.A, en ningún momento actuaron por fuera de las guías y/o protocolos médicos, bien sea por acción y/u omisión; por el contrario, de la historia clínica suscrita por los profesionales, se puede concluir que las atenciones brindadas fueron adecuadas; que los tratamientos ofrecidos y las instrucciones impartidas fueron las correctas, sin embargo por tratarse de un caso muy complejo sin evolución favorable.

Con el fin de demostrar que el actuar del profesional fue ajustado a la literatura médica, nos permitimos indicar lo siguiente:

- La CLÍNICA LA MERCED S.A brindó atenciones médicas totalmente oportunas y acordes con la ciencia y la literatura médica.
- Desde el ingreso a la institución se atendió y se trató la patología que presentaba el paciente.
- El paciente fue valorado de forma inmediata por los especialistas quienes identificaron su patología y definieron el tratamiento a seguir.
- Una vez fue valorado el menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA, los médicos tratantes establecieron las conductas que impone la lex artis, para brindar un adecuado y acorde procedimiento médico para tratar la patología.
- El menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA estuvo siempre bajo vigilancia estricta del personal médico de la institución.
- Los médicos tratantes de la CLÍNICA LA MERCED S.A implementaron todos sus



medios científicos para la atención del paciente, pero por la gravedad de esta se desencadenó un mal pronóstico que llevó a sus complicaciones, por lo que tal circunstancia no puede ser imputable al personal médico.

- La paciente estuvo siempre bajo estricta vigilancia del personal médico y paramédico.

Teniendo claridad sobre las atenciones brindadas, se puede concluir que, en el caso concreto, el servicio de salud fue prestado de forma adecuada, oportuna y ajustado a la *lex artis* conforme a la patología que presentaba la paciente y no se evidencia ningún actuar culposo por parte la CLÍNICA LA MERCED S.A.

Reiteramos que de la lectura de los hechos de la demanda y los cuales necesariamente son el fundamento de las pretensiones invocadas por la parte actora, y las atenciones brindadas al paciente, no se logra deducir o establecer una conducta culposa y/o deficiente por parte de la CLÍNICA LA MERCED S.A, por lo que es claro que las pretensiones de la demanda no deben prosperar.

- **INEXISTENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE:**

El daño como elemento fundamental de la responsabilidad, debe entenderse como la aminoración patrimonial sufrida por la víctima¹, entendiéndose por supuesto la existencia de perjuicios materiales e inmateriales, como ha sido reconocido por la doctrina y jurisprudencia actual.

Adicionalmente, es necesario que el despacho entienda que el daño como elemento estructurante de la responsabilidad es necesario en todo proceso judicial donde se pretenda la indemnización de perjuicios, pues sin la presencia de este no tendría objeto el proceso de responsabilidad.

AUSENCIA DE DAÑO EN LOS TÉRMINOS Y CUANTÍAS SOLICITADAS:

Con el fin de darle claridad al despacho nos permitimos pronunciarnos de forma separada frente a los perjuicios inmateriales y materiales pretendidos en el escrito de la demanda.

- **RESPECTO DEL DAÑO INMATERIAL:**

En la demanda una parte de los perjuicios que se pretenden son de orden inmaterial, pues se argumenta que el evento generó consecuencias negativas para los demandantes, sin embargo, no se exponen con claridad aquellas condiciones de vida que se vieron alteradas como consecuencia del evento que dio origen al presente proceso.

Adicionalmente, del escrito de la demanda se logra deducir un afán de obtener un beneficio económico por la ocurrencia del evento, pues basta con revisar la historia clínica del paciente, para concluir que las atenciones médicas fueron ajustadas a los protocolos médicos y sobre todo que las sumas pretendidas no tienen ningún soporte jurídico, ni jurisprudencial.

¹ Juan Carlos Henao. El daño. Pag 83.



Igualmente, es indispensable que el fallador tenga presente que la función de la responsabilidad patrimonial del estado, es decir, se debe intentar dejar a las víctimas en un estado similar al que se tenía antes de la ocurrencia del hecho dañoso, lo que significa que no puede utilizarse la responsabilidad con una finalidad de enriquecimiento.

- **RESPECTO DEL DAÑO MATERIAL:**

En las pretensiones de la demanda se solicita la indemnización de un lucro cesante y daño emergente a favor a la señora MARHIDA NAVAS PALMERA, bajo el presupuesto de haber sufrido un detrimento patrimonial por haber dejado de percibir ingresos como consecuencia de las atenciones médicas, sin embargo, en la demanda no se indica tal situación.

Con el fin de darle claridad al fallador, nos permitiremos hacer una referencia de normatividad sobre el artículo 1614 del Código Civil, norma que indica lo que se debe entender por lucro cesante y daño emergente, así:

El artículo 1614 del Código Civil, consagra:

“Entiéndase por daño emergente el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por lucro cesante, la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumpliéndola imperfectamente, o retardado su cumplimiento”

En este orden de ideas y teniendo claridad lo que se entiende por lucro cesante, es claro que en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso, que la parte actora debe probar los supuestos de hechos que consagra la norma, es decir, para el caso concreto se tendrá que demostrar cuáles eran los ingresos percibidos y que la causa de haberlos dejado de percibir es imputable al actuar de los demandados, de lo contrario las pretensiones de la demanda no pueden prosperar.

Ahora, frente al daño emergente se desconocen los gastos en los cuales se incurrió, precisando además que estos no son consecuencia de ninguna actuar culposo de las entidades demandadas.

• **INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL:**

Se debe entender por nexo causal, aquella relación física y jurídica que debe existir entre la conducta del agente y el daño, en el caso concreto, determinar si la conducta del personal médico de la CLÍNICA LA MERCED S.A fue la causa directa y única del fallecimiento del menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo expresado durante el presente escrito y la prueba que ya obra en el expediente, es claro que las complicaciones de la patología fueron producto de la rápida evolución de la afección que presentó la paciente y no debido a una negligencia o impericia por parte del personal médico de la CLÍNICA LA MERCED S.A.

Por todo lo aquí indicado, no existe ningún medio de prueba que permita afirmar con certeza que exista una conducta culposa de la entidad demandada, CLÍNICA LA MERCED S.A, que pueda ser la causa eficiente de los supuestos perjuicios que pretende la parte demandante.



**RESPUESTA A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO
EN CONTRA DE CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

AL 1: En este numeral se relacionan varios hechos, por lo que les daremos respuesta en forma separada, así:

Es cierto que entre la CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA S.A.S. y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. se celebraron contratos de seguro de responsabilidad civil profesional.

Es cierto que entre los contratos de seguro se encuentra la póliza número 46973, con vigencia del 09 de septiembre de 2020 hasta el 9 de septiembre de 2021.

Es importante informar que, la modalidad de reclamación o clausulas claims made, por siniestro se entiende la primer reclamación presentada al asegurado durante la vigencia de la póliza, y en el caso concreto se tiene que la reclamación se presentó con el 11 de marzo de 2021 con la solicitud de conciliación prejudicial adelantada ante el Centro de Conciliación de la Lonja de Propiedad Raíz de Barranquilla.

En consecuencia, las demás pólizas relacionadas en este numeral no deberán ser objeto de análisis en el asunto de la referencia.

AL 2: En cuanto a los amparos, valores asegurados, exclusiones, deducibles y demás nos atenemos al contrato de seguro celebrado entre las partes

AL 3: Es cierto que la señora MARHIDA NAVAS PALMERA y otros presentaron demanda en contra de la CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA S.A.S y otros con ocasión de las atenciones médicas brindadas al menor MAISON ABDIELL NAVAS PALMERA.

AL 4: Es cierto que las atenciones médicas se brindaron durante las vigencias de los seguros, sin embargo, reiteramos que dichos seguros operan bajo la modalidad de reclamación o clausulas claims made, como ya se indicó al contestar el hecho 1 del llamamiento en garantía.

AL 5: En cuanto a los amparos, valores asegurados, exclusiones, deducibles y demás nos atenemos al contrato de seguro celebrado entre las partes

Ahora, es importante tener presente que para que las pretensiones del llamamiento en contra de mi representada puedan prosperar, es necesario que el contrato de seguro que sirvió de base al llamamiento en garantía tenga cobertura, se encuentre vigente y que además no se configure ninguna causal de exclusión en los términos contrato.

AL 6: Lo manifestado en este numeral no corresponde a un hecho, sino que es el ejercicio del derecho de postulación.

**EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO A
CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

En caso de ser necesario el estudio de las pretensiones del llamamiento en garantía formulado a mi representada, es claro que las mismas se deben resolver en aplicación de



las condiciones particulares y generales del contrato de seguro contenido en la póliza número póliza número 46973, con vigencia del 09 de septiembre de 2020 hasta el 9 de septiembre de 2021, celebrado entre CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA S.A.S y **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.** pues son éstas las estipulaciones contractuales que regulan la relación existente entre las partes.

Una vez estudiadas las condiciones particulares y generales del contrato de seguro, que sirvió de base para el llamamiento en garantía, el despacho deberá tener especial énfasis en lo siguiente:

➤ **LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO:**

El seguro de responsabilidad civil contenido en la póliza número 46973, tiene pactado un límite del valor asegurado de \$1.500.000.000. Lo anterior significa que, en caso de una eventual condena en contra de mi representada, la misma no podría exceder dicha suma, de conformidad con lo establecido en el artículo 1079 del Código de Comercio.

➤ **DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO:**

Además, es importante tener presente que, en caso de considerar responsable a mi representada, es necesario que, al momento de la sentencia, el despacho verifique si efectivamente existe disponibilidad del valor asegurado, situación que no puede ser indicada en este momento procesal, pues no se tiene certeza de la fecha en que dicho proceso va a ser juzgado.

En caso de no accederse a esta situación, el despacho deberá condicionar la condena a la existencia y/o disponibilidad del valor asegurado, pues de lo contrario se estarían violando disposiciones contractuales y se estaría alterando el equilibrio contractual, sin motivo alguno.

➤ **DEDUCIBLE**

En el contrato de seguro que sirvió de base para el presente llamamiento en garantía, se pactó como deducible la suma equivalente al 10% del valor de la pérdida, mínimo \$20.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

Es importante que el despacho tenga presente que de conformidad con el artículo 1103 del Código de Comercio, el deducible es la suma que debe ser asumida por el asegurado en caso de presentarse un siniestro.

JURAMENTO ESTIMATORIO

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 206 del Código General del Proceso, me permito objetar el juramento estimatorio realizado por la parte actora en el escrito de la demanda, precisando que dicha objeción se limitará a los perjuicios materiales pretendidos.

En consecuencia y revisando el sustento fáctico de las pretensiones de la demanda en lo relativo a la pretensión indemnizatoria de lucro cesante, se debe advertir que no existe ningún hecho que permita concluir que dicho perjuicio efectivamente se causó a la demandante.



Adicionalmente, es importante tener presente que la parte demandante, limita la pretensión de lucro cesante a favor de la señora MARHIDA NAVAS PALMERA, por lo que para que el mismo sea reconocido, se debe demostrar en el proceso que éstos efectivamente sufrió dicho detrimento patrimonial.

Además, de los anexos de la demanda y los documentos que se pretenden hacer valer como prueba documental, no se logra establecer efectivamente cuales era los ingresos y el motivo por el cual se dejaron de percibir los mismos.

Igualmente, no puede olvidar el despacho que la liquidación del lucro cesante depende exclusivamente de la aplicación de una fórmula matemática preestablecida, para la cual se requiere necesariamente que las variables que la componen se encuentren demostradas, lo cual no ocurre en el caso concreto, tal y como se indicó en el párrafo anterior.

Así mismo, es claro que los documentos emanados de terceros que pretenden ser utilizados como prueba en el proceso, deben ser ratificados por sus creadores en los términos del artículo 262 del Código General del Proceso.

En estos términos, objeto el juramento estimatorio realizado por la parte y en consecuencia solicito se condene a las sanciones procesales y legales que el artículo 206 consagra.

PETICIÓN CONDENA EN COSTAS

Teniendo en cuenta las pretensiones de la demanda y en especial el desgaste judicial al cual se expone a la administración de la justicia con este tipo de procesos judiciales, solicitamos se de aplicación al numeral 1.1 del artículo 6 del acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura, en el sentido de proferir condena en costas a cargo de la parte actora en los límites establecidos en la normativa indicada.

MEDIOS DE PRUEBA:

1. DECLARACION DE PARTE:

1.1 INTERROGATORIO DE PARTE:

Sírvase, señor juez, citar a la parte demandante, para que absuelvan interrogatorio que le formularé en la correspondiente audiencia sobre los hechos de la demanda, los de este escrito de contestación y las excepciones propuestas.

2. DECLARACIÓN DE TERCEROS:

En los términos del artículo 208 y ss del Código General del Proceso aplicables al caso concreto, me reservo el derecho de formular interrogatorio a las personas que hayan citado por los intervinientes al proceso como testigos.

3. DOCUMENTAL APORTADA:

Condiciones generales y particulares de la póliza número 46973, con vigencia del 09 de septiembre de 2019 hasta el 9 de septiembre de 2021.



4. **RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS - CONTRADICCIÓN DICTAMEN.**

En aplicación de lo consagrado en el artículo 262 del Código General del Proceso solicito se cite a los terceros que elaboraron los siguientes documentos, con el fin de que el contenido de los mismos sea ratificado, así como para indagar sobre las circunstancias que rodearon la elaboración de los mismos y los presupuestos y consideraciones que se tuvieron para ello, así:

- Dictamen pericial suscrito por Antonio Polo Robles

Es importante advertir que en esta oportunidad se ejercerá derecho de defensa y contradicción del dictamen pericial en los términos del artículo 237 y ss del Código General del Proceso, por lo que se interrogará al perito.

DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES:

EL APODERADO: carrera 50 N° 50 -14. Oficina 1302. Ed Banco Popular Cel. 300 777 13 12. Correo electrónico: jdgomez@jdgabogados.com

Adicionalmente, solicito se tenga como canales de comunicación alternos, los siguientes correos electrónicos: earango@jdgabogados.com; notificaciones@jdgabogados.com; abogado1@jdgabogados.com

Señor Juez,



JUAN DAVID GÓMEZ RODRIGUEZ
C.C. No. 1.128.270.735
T.P. 189.372 del C.S. de la J.

Póliza Ant.:

Ramo 12 RESPONSABILIDAD	Operación 02 Renovacion	Póliza 46973	Anexo 0	Referencia 12004697300000
Sucursal 05 CALI	Vigencia del Seguro Año Mes Día Hora Desde 2020 09 09 00			Fecha de Emisión Año Mes Día 2020 09 11
Tomador Dirección	CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA SAS CARRERA 38 NO. 60-19		C.C. O NIT 8000948981 Ciudad BARRANQUILLA	
Asegurado Dirección	CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA SAS CARRERA 38 NO. 60-19		C.C. O NIT 8000948981 Ciudad BARRANQUILLA	
Beneficiario Dirección	TERCEROS AFECTADOS ND		C.C. O NIT 11111 Ciudad -	
Intermediario 30297 GILBERTO ROBLEDO QUI NTERO ASE 42551 SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPANÍA				

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

RENUOVA POLIZA NRO. 0041549

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.

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

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

CLIENTE

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

Referencia de Pago
12004697300000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tomador CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA SAS

- Citibank Cta Ahs. 5019884025
- Bancolombia Cta Cte 04802651807
- Bco Occidente Cta Cte 288038185
- Davivienda Cta Cte 516990066
- Grupo Almacenes Exito

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

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

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



415770999800062980201200469730000039000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)12004697300000(3900)00000000(96)00000000



Nit 860.026.518-6

Referencia de Pago Electrónico 12004697300000
Fecha Límite de pago: 11 de Octubre de 2020

Cupón de Pago

Cuota de

Tomador CLINICALA MERCED BARRANQUILLASAS	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Bco Occidente Cta Cte 288038185	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
<input type="checkbox"/> Grupo Almacenes Exito	Pagos en Línea a través de www.chubb.com/co

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

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

CLIENTE



Nit 860.026.518-6

Referencia de Pago Electrónico 12004697300000
Fecha Límite de pago: 11 de Octubre de 2020

Cupón de Pago

Cuota de

Tomador CLINICALA MERCED BARRANQUILLASAS	
<input type="checkbox"/> Citibank Cta Ahs. 5019884025	<input type="checkbox"/> Bancolombia Cta Cte 04802651807
<input type="checkbox"/> Bco Occidente Cta Cte 288038185	<input type="checkbox"/> Davivienda Cta Cte 516990066
<input type="checkbox"/> Grupo Almacenes Exito	Pagos en Línea a través de www.chubb.com/co

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

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



ENTIDAD BANCARIA

Detalle de Vencimientos

Sección	Póliza	Endoso
12 RESPONSABILIDAD CIVIL	46.973	0

Asegurado
CLINICA LA MERCED BARRANQUILLA SAS

Productor
MULTIBROKER

Nro. Cuota	Vencimiento	Importe
01	11/10/2020	\$ 205643900.00

Premio Total en Moneda: \$ 205643900.00

Factor de Cambio: 1,0000

CONDICIONES PARTICULARES

Tomador:	CLÍNICA LA MERCED BARRANQUILLA S.A.S
Asegurado:	CLÍNICA LA MERCED BARRANQUILLA S.A.S
Vigencia:	A partir del 9 de septiembre de 2020 a las 00:00 horas hasta el 8 de septiembre de 2021 a las 24:00 horas.
Interés:	Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitación Territorial:	Colombia
Jurisdicción:	Colombia
Modalidad de Cobertura:	Claims Made
Retroactividad:	31 DE MARZO DE 2013, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad

Condiciones Económicas

Con coberturas **únicamente de Daños (perjuicios) al 100% (no se otorga gastos de defensa):**

Limite Asegurado	Deducible	Prima Anual Antes de IVA
Copa \$1.500.000.000	10% mínimo COP \$20.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.	COP\$ 172.810.000

Cobertura Básica

- Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas

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

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

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

Extensiones de Cobertura Básicas

Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	Sublímite
Cobertura para cirugías reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

Exclusiones Adicionales

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

- Actos médicos respecto de cirugías bariátricas y/o cirugías o procedimientos estéticos.
- Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.
- Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.
- EXCLUSIÓN DE SITUACIONES ESPECÍFICAS: Reclamaciones derivadas y/o en relación con los eventos reportados en el formulario de solicitud de seguro y anexo que sirvió de base para las condiciones de la vigencia 2019-2020.
- Se modifica la exclusión 3.27. **CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS** y en su lugar se reemplaza por la siguiente:

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

3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

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

El **Asegurador** no será responsable de realizar ningún pago por **Pérdida y/o Gastos Legales y/o Reclamo** bajo esta póliza causado directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:

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

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

1. Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2. Neumonía atípica o cualquier cepa de la misma;
3. Angustia física, enfermedad o dolencia causada o transmitida directa o indirectamente por cualquier virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación de este, ya sea que se considere vivo o no, e independientemente de los medios de transmisión;
4. Cualquier virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación de este, ya sea que se considere vivo o no, que sea capaz de causar angustia física, enfermedad o dolencia.

Todos los demás términos y condiciones permanecen sin cambios

Condiciones Adicionales

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza.
- Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 31 DE MARZO DE 2013, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad
- Fecha de Reconocimiento de antigüedad: 9 de septiembre de 2019
- Cobertura culpa grave siempre y cuando la misma no se asemeje al dolo.
- PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses
- No obstante lo indicado en el clausulado general, no se otorgan Gastos Legales. Únicamente se cubren Daños
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.

PÓLIZA No. 12/46973	ANEXO No. 0	PAG. No. 4
CLÍNICA LA MERCED BARRANQUILLA S.A.S		

- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 30/06/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I

30/06/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGo41

Participación CHUBB: 100%

Términos de Pago de Prima: 4 pagos iguales cada 30 días (120 días).

CHUBB®

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

30/06/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I
30/06/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGo41

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

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

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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

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

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

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

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

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

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

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

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

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

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

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

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

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

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

3. EXCLUSIONES

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

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

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

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

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

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

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

3.5. SEGUROS ANTERIORES

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

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

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

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

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

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

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

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

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

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

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

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

3.11. CONTAMINACIÓN

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

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

3.12. DISCRIMINACIÓN

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

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

3.13. ASBESTOS

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

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

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

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

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

3.16. HONORARIOS

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

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

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

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

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

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

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

3.20. ANESTESIA GENERAL

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

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

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

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

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

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

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

3.25. CAMBIO DE SEXO

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

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

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

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

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

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

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

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

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

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.34. FALLOS DE TUTELA

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

3.35. EVENTO CIBERNETICO

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

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

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

3.37 CONDUCTA SEXUAL

CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO, CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

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

5. DEDUCIBLE

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

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

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

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

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

I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.

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

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

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

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

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

6.3 DEFENSA

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

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

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

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

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

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

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** **los** daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al

Asegurador o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

7. DISTRIBUCIÓN.

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

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

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

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

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

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

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

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

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

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

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

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

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

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

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

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

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

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

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

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el **Asegurado** deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el

Asegurador puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

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

14. COMUNICACIONES

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

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

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

16. CESIÓN

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

17. PAGO DE PRIMAS

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

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

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

19. DELIMITACION TEMPORAL

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

20. RENOVACION

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

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

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

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

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

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

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

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

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

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

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

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. GARANTIAS

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

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

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epícrisis y cierre de la historia clínica.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)
- e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:
 - Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
 - Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
 - Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.
 - Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación

(deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

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

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

b. Acto Médico Erróneo

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

c. Asegurado

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

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a, humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

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

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

g. Daños

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

Daños no comprende:

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

h. Dato

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

i. Datos Personales

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

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red
- b. Uso no autorizado de una red informática

- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

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

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

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

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

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

o. Reclamación

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

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

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

p. Reconocimiento de Antigüedad

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

q. Servicios Profesionales

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

r. Tomador

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

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.
Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
Bogotá D.C., Colombia.
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164
Fax: (571) 6108164
e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

Señores

JUZGADO 15 CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

E. S. D.

REFERENCIA: PODER

DEMANDANTE: MARHIDA NAVAS PALMERA Y OTROS

DEMANDADO: CLINICA LA MERCED DE BARRANQUILLA

LLAMADA EN GTIA: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

RADICADO: 080013153301520220000700

MARIA DEL MAR GARCIA DE BRIGARD, mayor de edad, identificada con la cedula número 52.882.565 de Bogotá, obrando en calidad de Representante legal de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A, confiero poder especial amplio y suficiente al abogado **JUAN DAVID GÓMEZ RODRÍGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.128.270.735 y Tarjeta Profesional No. 189.372 del Consejo Superior de la Judicatura, para que represente los intereses de la compañía que represento en el referido proceso, se notifique personalmente, conteste la demanda, el llamamiento en garantía, proponga excepciones, solicite pruebas, interponga recursos y realice todas las actuaciones necesarias e inherentes a su calidad.

Mi apoderado queda investido de todas las facultades inherentes a esta clase de mandato y necesarias para la adecuada representación de los intereses que se le confían, en especial para: conciliar, transigir, llamar en garantía, sustituir, reasumir, desistir, tachar de falsos documentos y oponerse a las tachas.

Señor Juez,

Maria del Mar Garcia
MARIA DEL MAR GARCIA DE BRIGARD
CC No. 52.882.565
Representante Legal

Juan David Gomez Rodriguez
JUAN DAVID GÓMEZ RODRÍGUEZ
CC No. 1.128.270.735 de Medellín.
T.P. 189.372 del C.S. de la Judicatura.
Correo electrónico: jdgomez@jdgabogados.com

Fernando Téllez Lombana - Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.
DILIGENCIA DE TESTIMONIO AUTENTICIDAD DE PRESENTACIÓN Y DE FIRMA
El Notario Público doy testimonio que la firma y/o huella puesta en este documento presentado ante este despacho en esta fecha guarda (n) similitud a la de la persona que se presentó personalmente ante este despacho y que la registro en fecha anterior, que previamente se ha dado la confrontación de las mismas con las que aparecen en el archivo de la notaría y el documento a la vista:
Maria del Mar Garcia de Brigard
Identificado con: *52.882.565*
No equivale a reconocimiento tiene el valor de testimonio fidedigno y no confiere al documento mayor fuerza de la que por sí tenga. 1100100028

Fernando Téllez Lombana Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.
Notaría 28 del Circulo Notarial de Bogotá D.C.
1100100028 25 NOV. 2022 COD. 4112
Ingrid Yamile Mayorga Rincón
INGRID YAMILE MAYORGA RINCÓN
Notario Público en Encargo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8792829336899433

Generado el 18 de octubre de 2019 a las 08:48:12

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

EL SECRETARIO GENERAL AD-HOC

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016, en concordancia con el artículo 1° de la Resolución 1765 del 06 de septiembre de 2010, emanada de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

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

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 5100 del 08 de octubre de 1969 de la Notaría 3 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación SEGUROS COLINA S.A.

Escritura Pública No 809 del 11 de marzo de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

Escritura Pública No 1071 del 04 de abril de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocoliza el acuerdo de fusión mediante el cual, CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A. absorbe a LA CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

Escritura Pública No 3583 del 07 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por ACE SEGUROS S.A.

Resolución S.F.C. No 1173 del 16 de septiembre de 2016, la Superintendencia Financiera no objeta la fusión por absorción entre Ace Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., protocolizada mediante Escritura Pública No.1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Su domicilio principal será en la ciudad de Bogotá D.C. y cambio su razón social por la de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 645 del 12 de marzo de 1970

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente que será Representante Legal de la Compañía y será elegido por la Junta Directiva para períodos de un (1) año, pudiendo ser reelegido indefinidamente o removido en cualquier tiempo. La Junta Directiva nombrará representantes legales adicionales al Presidente, para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente o removidos en cualquier tiempo. Los representantes Legales tomarán posesión ante el Superintendente Financiero.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE: Corresponde al Presidente las siguientes funciones: a) Representar a la Sociedad y administrar sus bienes y negocios con sujeción a la Ley, a los Estatutos, a las Resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva, con las limitaciones que estos Estatutos le imponen; b) Constituir apoderados judiciales de la Sociedad para tramitación de negocios específicos; c) Constituir apoderados extrajudiciales de la Sociedad ante cualquier autoridad gubernamental o entidad semioficial o particular o ante Notario para la realización de gestiones específicamente determinadas, comprendidas dentro del límite de sus propias atribuciones; d) Celebrar o ejecutar por sí mismo todos los actos y contratos en que la Sociedad haya de ocuparse, pero cuando se trate de adquisición, enajenación o gravamen de bienes raíces, deberá obtener aprobación de la Junta Directiva si su valor excediere de veinticinco millones de pesos (25.000.000.00) moneda legal; e) Someter a la aprobación de la Junta Directiva, la creación de los cargos de Vicepresidentes y/o Auxiliares Ejecutivos, la creación o supresión de Sucursales y los nombres de las personas



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8792829336899433

Generado el 18 de octubre de 2019 a las 08:48:12

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

designadas para ejercer dichos cargos o para gerenciar las Sucursales; f) Crear los cargos necesarios para el buen funcionamiento de la Sociedad, nombrar a las personas que han de desempeñarlos, señalar sus asignaciones y elaborar los contratos laborales a que hubiere lugar; g) Presentar a la Asamblea General de Accionistas, en su reunión ordinaria anual, un informe escrito sobre la forma en que hubiere llevado a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomienda así como el proyecto de distribución de utilidades, todo lo cual deberá haber sido aprobado por la Junta Directiva; h) Designar Corredores o Agentes de Seguros y celebrar los contratos a que hubiere lugar; i) Autorizar con su firma los balances de la Sociedad, los Títulos de acciones y las copias de las Actas que se expidan, tanto de las reuniones de la Asamblea General de Accionistas como de la Junta Directiva; j) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva; k) Solemnizar las reformas de los Estatutos; l) Llevar a cabo la liquidación de la Sociedad a menos que la Asamblea General de Accionistas designe otro y otros liquidadores; m) Las demás que le asigne o delegue la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva y dar cumplimiento a las órdenes que le impartan dichos organismos. (Escritura Pública 1482 del 21 de octubre de 2016 Notaría 28 de Bogotá D.C.)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Manuel Francisco Obregón Trillos Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 79151183	Presidente
Jaime Chaves López Fecha de inicio del cargo: 05/01/2015	CC - 79693817	Representante Legal
Olivia Stella Viveros Arcila Fecha de inicio del cargo: 24/09/2015	CC - 29434260	Representante Legal
María Del Mar Garcia De Brigard Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 52882565	Representante Legal
Óscar Luis Afanador Garzón Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 19490945	Representante Legal
Gloria Stella García Moncada Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 39782465	Representante Legal
Edgard Saavedra Clavijo Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 73072852	Representante Legal
Lorena Gutiérrez Flores Fecha de inicio del cargo: 07/02/2019	PASAPORTE - G23204652	Representante Legal
Carlos Humberto Carvajal Pabón Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 19354035	Representante Legal
María Patricia Arango Vélez Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 43510821	Representante Legal
Paulo Cesar López Salgado Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 80422743	Representante Legal
Carolina Isabel Rodríguez Acevedo Fecha de inicio del cargo: 12/10/2017	CC - 52417444	Representante Legal
Ivonne Orozco Vasconsellos Fecha de inicio del cargo: 04/01/2018	CC - 49786217	Representante Legal
Daniel Guillermo García Escobar Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016	CC - 16741658	Representante Legal

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, multirriego industrial, navegación,

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



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8792829336899433

Generado el 18 de octubre de 2019 a las 08:48:12

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

responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, salud y vida grupo. Con Resolución 1451 del 30 de agosto de 2011 Revocar la autorización concedida a ACE SEGUROS S.A, para operar los ramos de Seguro de Vidrios, Salud y Colectivo de Vida, decisión confirmada con resolución 0756 del 25 de mayo de 2012.

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

Resolución S.B. No 0746 del 13 de mayo de 2005 Ramo de Seguros de Exequias

Resolución S.F.C. No 0159 del 18 de febrero de 2015 , la Superintendencia Financiera autoriza para operar el ramo de seguros de salud

Escritura Pública No 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Como consecuencia de la absorción de Chubb de Colombia asume los ramos de aviación, vidrios, colectivo de vida autorizados mediante Resolución 5148 del 31 de diciembre de 1991 a Chubb de Colombia. Circular Externa 052 del 20/12/2002 El ramo multirriesgo familiar se explotara bajo el ramo de hogar.



**MARÍA CATALINA E. C. CRUZ GARCÍA
SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

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

