

**CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA MAPFRE SEGUROS S.A.
PROC. VERBAL GUSTAVO MEZA CERVANTES Y OTROS VS CLINICA GENERAL DEL
NORTE RAD. 2019-242**

Claudia Sofía Flórez Mahecha <notificacionesjudiciales@florezmahechasas.com>

Jue 6/05/2021 4:29 PM

Para: Juzgado 16 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto16ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: defensorjavierreales@hotmail.com <defensorjavierreales@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (907 KB)

CONTESTACION MAPFRE SEGUROS PROC. VERBAL GUSTAVO MEZA Y OTROS VS CLINICA GENERAL DEL NORTE RAD. 2019-242.pdf;

Buenas tardes Señores:

Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla

Apoderado Parte Demandante

REF.: PROCESO VERBAL DE GUSTAVO ENRIQUE MEZA CERVANTES Y OTROS CONTRA ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.

RAD.: 2019-242.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

En mi calidad de Apoderada General de **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, por medio del presente correo me permito presentar Contestación de la Demanda y el Llamamiento en Garantía formulado a mi representada dentro del proceso en referencia.

Agradecemos la confirmación de recibido del presente correo.

Cordialmente,

CLAUDIA SOFIA FLOREZ MAHECHA

Apoderada Judicial de MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

FLOREZ MAHECHA ABOGADOS & ASOCIADOS S.A.S.

Teléfono (5) 3607918 Celular (57) 3165322160

Carrera 51B No. 76-136 Of. 703 Barranquilla

notificacionesjudiciales@florezmahechasas.com



 Por favor considere el medio ambiente antes de imprimir este correo electrónico!

Señores:

JUZGADO DIECISEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

E.

S.

D.

REF.: PROCESO VERBAL DE GUSTAVO ENRIQUE MEZA CERVANTES Y OTROS CONTRA ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

RAD.: 2019-242.

CLAUDIA SOFIA FLÓREZ MAHECHA, identificada con cédula de ciudadanía No.32.735.035 de Barranquilla y tarjeta profesional de abogado No.80.931 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderada General de la Compañía **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, concurre en oportunidad legal ante su Despacho con el objeto de dar Contestación a la Demanda y al Llamamiento en Garantía, este último formulado por el apoderado de la **ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.** contra mi representada, en los siguientes términos:

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

1. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el ingreso de la Sra. GRIELDINA VIDES GRANADOS a la CLINICA GENERAL DEL NORTE en la fecha mencionada, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

2. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el cuadro clínico presentado por la paciente al momento de su ingreso a la institución, así como también desconozco lo relacionado con los exámenes ordenados y el tratamiento aplicado, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

3. No me consta lo afirmado en este hecho sobre los exámenes realizados a la paciente, así como también desconozco lo relacionado con el resultado de los mismos y el plan de manejo aplicado, por tratarse de una situación

completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

4. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el plan de manejo aplicado a la paciente en la fecha mencionada, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

5. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el plan de manejo aplicado a la paciente en la fecha mencionada, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

6. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el plan de manejo aplicado a la paciente en la fecha mencionada, así como también desconozco lo relacionado con la programación del procedimiento quirúrgico, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

7. No me consta lo afirmado en este hecho sobre la realización del procedimiento quirúrgico a la paciente en la fecha mencionada, así como también desconozco lo relacionado con los hallazgos encontrados y las recomendaciones otorgadas, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

8. No me consta lo afirmado en este hecho sobre las conductas realizadas luego de la práctica de la cirugía, según lo indicado, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

9. No me consta lo afirmado en este hecho sobre la crisis de ansiedad presentada por la paciente en la fecha mencionada, así como también desconozco lo relacionado con el medicamento recetado y el inicio del protocolo pre quirúrgico, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

10. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el estado de la paciente en la fecha mencionada y el tratamiento aplicado, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

11. No me consta lo afirmado en este hecho sobre la programación de la cirugía de la paciente en la fecha mencionada, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

12. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el estado de la paciente en la fecha mencionada y su preparación para la cirugía, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

13. No me consta lo afirmado en este hecho sobre la realización de la cirugía a la paciente en la fecha y hora mencionada, así como también desconozco lo relacionado con las complicaciones presentadas durante la misma y el plan de manejo aplicado, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

14. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el estado de la paciente en la fecha mencionada y el tratamiento aplicado, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

15. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el estado de la paciente en la fecha mencionada y el tratamiento aplicado, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

16. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el procedimiento realizado a la paciente en la fecha mencionada, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

17. No me consta lo afirmado en este hecho sobre la complicación post operatoria presentada por la paciente en la fecha mencionada, así como también desconozco lo relacionado con el tratamiento aplicado, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

18. No me consta lo afirmado en este hecho sobre la realización de un examen a la paciente en la fecha y hora mencionada, así como también desconozco lo relacionado con los inconvenientes presentados durante su práctica y su posterior ingreso a la unidad de cuidados intensivos, por

tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

19. No me consta lo afirmado en este hecho sobre las complicaciones presentadas por la paciente en la fecha mencionada, así como también desconozco lo relacionado con el plan de manejo aplicado, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

20. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el estado de la paciente en la fecha mencionada, así como también desconozco lo relacionado con el resultado del examen realizado y la práctica de una nueva cirugía, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

21. No me consta lo afirmado en este hecho sobre el procedimiento quirúrgico practicado a la paciente, así como también desconozco lo relacionado con las complicaciones presentadas durante el mismo y el fallecimiento en la fecha y hora mencionada, por tratarse de una situación completamente ajena al conocimiento de mi poderdante. Se admite lo relacionado a lo que obre en la historia clínica.

OPOSICIÓN A LA CUANTIA RAZONADA DE LAS PRETENSIONES

La sociedad MAPFRE SEGUROS GENERALES COLOMBIA S.A. se opone y objeta la cuantificación de los rubros discriminados por el demandante referente a presuntos perjuicios sufridos con ocasión al fallecimiento de la Sra. GRIELDINA VIDES GRANADOS, definidos por el actor como daños materiales y daños morales, pues no nace la obligación de indemnizar por parte de la aseguradora por cualquier pago que se pretenda del contrato de seguro expedido a favor de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., toda vez que estos perjuicios no fueron causados como tampoco resultan probados, ya que según documentos médicos allegados al proceso nuestro asegurado realizó de manera pertinente y adecuada toda la atención suministrada a la paciente, siguiendo con las reglas de la lex artis y el protocolo médico durante el tiempo en que fue atendida en la institución, razón por la cual no se genera una responsabilidad médica en cabeza de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.

Es preciso anotar que la Doctrina y la Jurisprudencia han determinado que los perjuicios cuya indemnización se pretenda, tendrán que ser ciertos y haberse causado, para lo cual ha quedado demostrado que del material probatorio allegado al proceso no se concluye científicamente que el

demandado haya generado algún perjuicio al demandante, como así lo fundamentamos en las excepciones propuestas.

Por otro lado, consideramos que la cuantificación de los perjuicios realizada por el apoderado del demandante carece de fundamentación legal, resulta excesiva y totalmente fuera de contexto, pues desconoce lo establecido por las altas Cortes en cuanto al reconocimiento de los perjuicios materiales e inmateriales, donde se establece que éstos deben ser probados por el actor y que corresponde al Juez la valoración de los mismos en cada caso según su prudente juicio.

Adicionalmente, la comprobación de los presuntos daños alegados en la demanda debe estar debidamente acreditada con pruebas idóneas como lo exige la Ley en todas las normas concordantes para el presente caso, toda vez que el perjuicio debe ser una valoración objetiva fundamentada en evidencias y no una estimación subjetiva basada en lo que el demandante cree que es su perjuicio frente a los hechos de la demanda.

Al respecto, es preciso señalar lo establecido por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia del 11 de marzo de 2017, expediente SC9193-2017, en relación con los perjuicios materiales en su modalidad de daño emergente:

“El daño emergente abarca la pérdida misma de elementos patrimoniales, los desembolsos que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento del pasivo, causados por los hechos de los cuales trata de deducirse la responsabilidad”
(...)

“Por otra parte, hay que puntualizar que, desde el punto de vista procesal, una cosa es la prueba del perjuicio patrimonial, en sí mismo considerado, y otra la de su cuantía.

Acreditar lo primero, es comprobar el “detrimento, menoscabo o deterioro” económico que sobrevino a quien pretende el respectivo resarcimiento, es decir, que su patrimonio tuvo una “pérdida”, como quiera que se presentó una disminución en sus activos patrimoniales o debió hacer erogaciones o adquirir pasivos para contrarrestar el hecho dañoso o sus efectos (daño emergente).

Comprobar lo segundo requiere indefectiblemente que, previamente, se haya establecido el perjuicio, propiamente dicho, por lo que comporta establecer en cifras concretas su dimensión económica, esto es, determinar a cuánto trascendió la pérdida o erogación que debió realizar el damnificado”.

Asimismo, sobre el lucro cesante indica la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia del 21 de abril de 2017, expediente SC5474-2017, que para que éste sea indemnizable se debe cumplir con el criterio de certeza, ya que las meras expectativas no son indemnizables:

“Vale decir que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afinca en una situación real, existente al momento del evento dañino, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente”.

Por otro lado, respecto al daño moral, expone la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia del 19 de diciembre de 2017, expediente SC-21828-2017, que para su cuantificación es necesario tener en cuenta las especiales circunstancias de cada caso en concreto, las cuales se deben evidenciar de lo probado en el proceso:

“En el empeño de encarar directamente el asunto, la Sala precisa que, para la valoración del quantum del daño moral en materia civil, estima apropiada la determinación de su cuantía en el marco factico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador”.

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me OPONGO a todas y cada una de las pretensiones declarativas y condenatorias solicitadas en la demanda por carecer de fundamentos científicos, facticos, jurídicos y probatorios. No le asiste razón jurídica al demandante para solicitar lo consignado en este capítulo del escrito de demanda, por lo que pido en su lugar que se absuelva al demandado de todos los cargos, condenas y pretensiones y en su defecto se condene en costas al demandante.

Me opongo con especial énfasis a que se declare civilmente responsable a la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. por los posibles perjuicios sufridos por los demandantes y a que se le condene al pago de indemnización alguna, toda vez que esta institución no ha incurrido en ninguna falta u omisión que pudiera causar el fallecimiento de la Sra. GRIELDINA VIDES GRANADOS, ya que cumplió a cabalidad con sus obligaciones, brindando toda la atención medica que requería la paciente de manera oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos médicos durante

el tiempo en que fue atendida en la entidad, ofreciéndose una prestación integral de servicios médicos por parte de la institución y los profesionales a cargo, tal como se demuestra en la historia clínica y en los demás documentos allegados como prueba al proceso.

A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. Es cierto, entre MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. se celebró un contrato de seguro contenido en la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383, la cual se encontraba vigente para el momento de ocurrencia de los hechos objeto de reclamación en la presente demanda.
2. Sobre este punto, me permito anexar el Certificado 10 de la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383 que obra en el sistema de la Compañía, donde consta el contrato de seguro y su vigencia.
3. Es cierto, corresponde al objeto de la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383 expedida por MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. a favor de la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.
4. Es parcialmente cierto. Se admite que procede el llamamiento en garantía formulado a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. en virtud de la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383, la cual se encontraba vigente para el momento de ocurrencia de los hechos objeto de reclamación en la presente demanda.

No obstante, es menester aclarar que para determinar si existe o no cobertura del contrato de seguro para el caso en particular, se debe tener en cuenta no solo la carátula de la póliza sino también las condiciones generales y particulares aplicables, las cuales se anexan a la presente contestación y dan cuenta de los amparos, exclusiones, definición de siniestro, límite de cobertura, deducibles, entre otros.

5. Es parcialmente cierto. Se admite que procede el llamamiento en garantía formulado a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. en virtud de la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383, toda vez que los hechos objeto de reclamación en la presente demanda corresponden al objeto del seguro expedido por mi representada.

No obstante, es menester aclarar que para determinar si existe o no cobertura del contrato de seguro para el caso en particular, se debe tener en cuenta no solo la carátula de la póliza sino también las condiciones generales y particulares aplicables, las cuales se anexan a la presente contestación y dan cuenta de los amparos, exclusiones, definición de siniestro, límite de cobertura, deducibles, entre otros.

A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Desde ya nos oponemos a las pretensiones del presente llamamiento en garantía en el sentido de hacer efectiva la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas No. 1001213003383, ya que por un lado, no existió negligencia o falla médica en los servicios prestados a la Sra. GRIELDINA VIDES GRANADOS por parte de nuestro asegurado la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., y por otro lado, no existe cobertura del contrato de seguro para este caso en particular, pues por expresa disposición contractual la reclamación es extemporánea, tal como se expondrá más adelante.

Es importante resaltar señor Juez, que la sociedad **MAPFRE SEGUROS GENERALES COLOMBIA S.A.** no es solidariamente responsable con el demandado en una eventual condena, ya que la fuente de obligaciones emana de un contrato de seguro, razón por la cual la aseguradora solo responde según lo pactado en la caratula de la póliza, en las Condiciones Generales y Particulares y lo previsto por las normas legales que rigen el Contrato de Seguro, según lo dispuesto por el Código de Comercio en el Título V DEL CONTRATO DE SEGURO.

FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO EN QUE SE APOYA LA DEFENSA

No obstante no haber participado en la generación de los hechos, sea lo primero indicar que no existen pruebas que permitan llegar a la conclusión científica y legal que en el caso en estudio se haya configurado una responsabilidad civil en cabeza de nuestro asegurado la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A., derivada de un acto médico o ausencia del protocolo médico en la atención suministrada a la paciente GRIELDINA VIDES GRANADOS durante el tiempo en que fue atendida en la institución.

Por lo tanto, en nuestras excepciones de mérito fundamentamos las razones científicas, legales y contractuales por las cuales consideramos que mi representada no está llamada a realizar ningún pago indemnizatorio con ocasión de los hechos de la demanda y el llamamiento en garantía.

Por otro lado, no podemos olvidar que el contrato de seguro es un negocio jurídico reglamentado en el Título V del Código de Comercio y se traduce en un documento contentivo para efectos probatorios denominado póliza, el cual además de contener lo dispuesto en el artículo 1047 del Código de Comercio va acompañado de las Condiciones Generales de la póliza, que hacen parte integrante del Contrato de Seguro, y a las cuales nos remitimos por entero para los fines del presente proceso.

EXCEPCIONES DE MERITO

Con el fin de enervar las pretensiones de la demanda y el llamamiento en garantía, me permito proponer las excepciones de Inexistencia de la Obligación de Indemnizar por la Diligencia en el Cumplimiento Total de las Obligaciones a Cargo de la Entidad de Salud o Médico Tratante, Ausencia de los Elementos Constitutivos de la Responsabilidad Civil Médica, Falta de Nexo de Causalidad, Indebida Cuantificación de Perjuicios, Ausencia de Cobertura del Contrato de Seguro por Delimitación Temporal, Límite de Valor Asegurado y Deducible y la Genérica u Ecuménica.

1. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR LA DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE LA ENTIDAD DE SALUD O MEDICO TRATANTE:

De tiempo atrás es sabido que la ciencia médica comporta una serie de riesgos implícitos muchas veces desconocidos (alea terapéutica) a los cuales se enfrenta el profesional que han permitido a la sociedad contextualizar la naturaleza de la actividad del médico dentro de unos cánones éticos, técnicos y jurídicos, que permiten determinar la forma de graduar la responsabilidad del profesional que realiza un acto médico.

Es por ello que al momento de valorar un resultado no querido o deseado en el que estuvo involucrado, entre otros, un acto médico, es preciso tener en cuenta que existen factores concomitantes a dicho acto, tales como edad, preexistencias, antecedentes patológicos o genéticos del paciente, etc., ajenos a la pericia y destreza del galeno, que pueden influir o ser determinantes en lo que a prima facie puede catalogarse como un fracaso médico.

Debido a esta particularidad, al momento de abordar el tema para determinar si existió responsabilidad o no por parte de los médicos que intervinieron al paciente, sea lo primero acreditar la diligencia y pericia en el actuar de los galenos, lo que de contera exoneraría al médico de la

responsabilidad por el resultado adverso, ya que no existió culpa en su actuar, supuesto fundamental de la responsabilidad civil profesional.

Como quiera que no existe un modelo de conducta prefijado y no hay una norma que regule la actuación del médico, es necesario acudir a los códigos éticos de la profesión, conjunto de saberes, protocolos, prácticas habituales, procedimientos previamente definidos, etc., que forman un referente plural y complejo denominado la *lex artis*, que permite inferir las obligaciones y deberes a cargo del profesional de la medicina.

En ese orden de ideas, el equipo médico no tiene a su cargo una sola obligación, ya que el acto médico en sí mismo considerado, contiene un sin número de actuaciones de diversa índole que persiguen un solo objetivo, consistente en obtener o preservar el restablecimiento de la salud del paciente, en todos sus espectros, físico, mental y espiritual, en resumen, su recuperación íntegra.

En esa medida para los médicos, el cumplimiento de su obligación no se agota en un solo acto, sino que comprende un deber primario de cumplimiento y unos deberes de conducta que deben ser ejecutados en una sucesión o cadena de eventos.

Como primer colorario para dicho estudio, es imperativo tener en cuenta que el médico como sustrato para el cumplimiento de sus obligaciones tanto primarias como secundarias, debe contar con los conocimientos, habilidades o pericia y la debida actualización correspondiente a su área de desempeño, que garanticen una conducta competente, leal y oportuna para afrontar la gama de situaciones que a menudo se le presentan en el desarrollo de su actividad, que de contera sirven como prueba de su diligencia profesional y que además le dan la tranquilidad al paciente de estar en manos idóneas para el manejo de su patología.

En otras palabras, el profesional debe dominar el conocimiento y técnica y debe adecuar su actividad a ese saber, lo que le va a permitir adoptar las medidas necesarias como exámenes de laboratorio, diagnósticos, cuestionario exhaustivo sobre los indicios de riesgo, comunicación del diagnóstico y tratamiento adecuado, propias de su área, ya que el profesional no puede ser tenido como negligente porque no tuvo en cuenta conocimientos que no forman parte de su ciencia.

De acuerdo con el tratadista colombiano Dr. Carlos Ignacio Jaramillo, en su obra *Responsabilidad Civil Medica*, las obligaciones del médico se pueden dividir en:

“El deber céntrico o primario efectivamente, estriba en la asistencia médica -o prestación de salud -, propiamente dicha, la comprende in extenso, los cuidados médicos -o sanitarios- y, en estricto rigor, la auscultación previa, el diagnóstico profesional y el tratamiento ulterior, grosso modo (eslabones del acto médico).

Por su parte los deberes secundarios de conducta, corolario de la buena fe y, de ordinario, fruto de recepción legislativa (preceptiva deontológico), atañen a variados débitos galénicos, entre otros: el deber de información, el deber de guardar secreto médico; el deber de prescripción farmacéutica; el deber de certificación; el deber progresivo de continuar con el tratamiento iniciado; el deber de diligenciar historia clínica, etc., los cuales, en asocio con el precitado deber de prestación medular -céntrico, basilar o primaran el plexo de deberes sanitarios que incumben al profesional de la medicina o, si se prefiere, que conciernen a la relación médico-paciente, examinada -obvio- desde el prisma asignado al deudor (schuld o extremo pasivo in negotio). Otro tanto sucede de cara al paciente, quien tampoco tiene a su cargo un solo debitum, tal como se apreciará más adelante (pago de honorarios, deber de información veraz y oportuna, deber de ceñirse al tratamiento indicado o prescrito, etc.)” (Carlos Ignacio Jaramillo, Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Jurídicas, Bogotá, págs. 201 y 202).

Es por lo tanto, de cara a ese conjunto de obligaciones y deberes que conforman la actividad médica que se debe analizar la conducta de la entidad de salud y el equipo médico, los cuales obraron diligentemente atendiendo a las reglas esenciales que rigen su arte en el manejo de la paciente GRIELDINA VIDES GRANADOS, brindándole los servicios médicos hospitalarios conforme a los diagnósticos que presentaba y realizando los procedimientos que eran convenientes de acuerdo con su estado de salud.

Pues bien, descendiendo aún más en el caso que nos ocupa, concluimos que se cumplieron las obligaciones correspondientes al deber céntrico o primario que estriba en la prestación del servicio y que comprenden: la auscultación previa, el diagnóstico profesional y el tratamiento ulterior, ya que a la paciente se le ordenaron todos los procedimientos y tratamientos necesarios para el manejo de los hallazgos que obran en las historias clínicas.

En efecto, no se puede perder de vista que la paciente ingresó a la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE para la realización de un cateterismo cardiaco, luego de haber presentado un infarto agudo de miocardio sin elevación de ST anterolateral, el cual fue causado por las enfermedades de base padecidas tales como diabetes mellitus e hipertensión arterial crónica, aunado al consumo de cigarrillo durante más

de 20 años, todo lo cual generó graves daños en el organismo de la paciente, manifestándose específicamente en una enfermedad aterosclerótica que ocasionó el taponamiento de las arterias, y en concreto, una obstrucción severa de tres grandes vasos.

Ahora bien, cabe señalar que, en el segundo día de estancia hospitalaria, la paciente presentó una infección urinaria, la cual fue debidamente tratada con antibióticos de amplio espectro, y mientras tanto se tomó la decisión de esperar para la realización del procedimiento quirúrgico, ya que esto incrementaba los riesgos de complicaciones.

Una vez el infectólogo consideró prudente la realización del cateterismo cardiaco, se procedió a practicar la intervención quirúrgica, observándose gran daño coronario e ingresándose a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronaria, donde posteriormente fue valorada por el cirujano cardiovascular, quien recomendó la realización de una cirugía de corazón abierto para implante de varios By Pass, la cual se practicó, previo diligenciamiento del consentimiento informado, a través del cual se indicó a la paciente y su familiar sobre los riesgos del procedimiento.

La cirugía se llevó a cabo exitosamente y la paciente continuó su recuperación, en términos generales, con una buena evolución, sin embargo, días después se presentaron signos de inicio y desarrollo de posibles complicaciones, los cuales fueron oportunamente atendidos por el personal médico, siendo necesario ingresar a la paciente nuevamente a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronaria para brindarle la asistencia requerida, pero desafortunadamente su condición se fue deteriorando cada vez más hasta el punto de necesitar de urgencia una re intervención quirúrgica, durante la cual presentó una parada cardiorrespiratoria que no fue posible revertir a pesar de las maniobras de reanimación avanzadas realizadas, declarándose su fallecimiento en el quirófano.

No obstante el resultado final, se advierte que en la historia clínica obrante en el expediente se puede corroborar la atención médica de calidad y las respuestas inmediatas por parte de los médicos y la institución a cargo frente a cada uno de las complicaciones y problemas presentados por la paciente, realizando los procedimientos pertinentes para tratar de mejorar su estado de salud, sin que de ninguna manera se pueda hablar en el presente caso de una negligencia médica en el tratamiento aplicado.

Y es que no podemos olvidar que el riesgo en los procedimientos médicos existe en cualquier intervención médica, por lo que dejamos claro la posición de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil en este sentido,

expresada en sentencia del 12 de septiembre de 1985, M.P. Horacio Montoya Gil:

“Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, según expresiones con que la jurisprudencia francesa describe su comportamiento. Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de, reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”.

Igualmente, en sentencia del 5 de marzo de 1940, M.P. Liborio Escallón, afirmó lo siguiente:

“La obligación profesional del médico, no es por regla general de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y, los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste.”

Sobre la base de lo expuesto, teniendo en consideración que obran piezas procesales que demuestran que los médicos tratantes y la institución a cargo cumplieron con las obligaciones de su competencia y obraron con la diligencia y el cuidado necesario, que excluye cualquier imputación de culpa, no es posible encontrar probada la falla en la prestación del servicio médico.

2. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA:

En la responsabilidad médica la culpa del agente deber ser establecida por el demandante, en virtud de los artículos 2144 y 2184 del Código Civil que equipara dicha actividad a la de los mandatarios a los que la determinación de la prestación defectuosa de su servicio está supeditada a que se demuestre su culpa.

De acuerdo con ese lineamiento los elementos constitutivos de la responsabilidad médica son:

- Un comportamiento culposo que deberá probarse
- El perjuicio sufrido por el demandante
- El nexo de causalidad entre el comportamiento y el daño

Los anteriores elementos deben darse simultáneamente, ya que ante la ausencia de uno de ellos no es posible hablar de indemnización de perjuicios por responsabilidad civil médica.

Ahora bien, en el caso en estudio observamos que la presunta falla en la prestación del servicio médico alegada por el actor con ocasión al fallecimiento de la Sra. GRIELDINA VIDES GRANADOS, no proviene de los servicios médicos prestados a la paciente por la entidad demandada, la cual a través de sus profesionales hizo todo lo posible para obtener una mejoría en su estado de salud, según se puede observar en la historia clínica allegada al proceso. Por lo tanto, no encontramos material probatorio científico ni legal con el que pudiéramos llegar a la conclusión de endilgar responsabilidad a su cargo.

Al respecto, el tratadista Javier Tamayo Jaramillo en una de sus obras comenta:

“En principio, la responsabilidad médica supone, también la prueba del nexo causal entre el hecho del agente y el daño. Así las cosas, tratándose generalmente de una responsabilidad basada en la culpa probada, el demandante debe establecer un nexo de causalidad entre la culpa del médico y el daño sufrido por el paciente...”

Ahora el tipo de daño permite, menudo, de entrada, descartar o afirmar la relación de causalidad. Si se prueba, por ejemplo, que el médico utilizó injustificadamente un instrumental infectado, y el paciente sufre una infección en el sitio donde se produjo el acto médico, el juez puede inferir que esa culpa por negligencia tiene incidencia causal en el daño, así no se demuestre con exactitud que la infección fue producida por el instrumental...

En cambio, sí, pese a la culpa de utilizar un instrumento contaminado, el paciente sufre un daño originado en la destrucción de un nervio, fácil es descartar el nexo de causalidad entre la culpa y el daño.

Pero no siempre la situación es así de fácil. En efecto, puede suceder que los indicios de causalidad entre culpa y daño no sean tan contundentes como en el ejemplo anterior y el juez no tenga la convicción de ese nexo causal. Piénsese en el médico que formula un antibiótico equivocado a un paciente que muere de la infección que pretendía curar. En ese caso el demandante debe establecer, no solo esa negligencia del médico, sino también que sin ese comportamiento culposo el daño no se habría producido.

En efecto, el médico puede alegar que el paciente podría de toda forma haber fallecido como consecuencia de la infección, así le hubiese formulado médicamente lo correcto. Es decir, podría alegar que no aparece demostrado que su culpa fue la causa de la muerte de la paciente.” (De la Responsabilidad Civil Tomo I, Editorial Temis, Bogotá, 1999, págs. 239 y 240).

En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia del 24 de mayo de 2017 (SC7110), manifestó lo siguiente:

“6.3.1. Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad medica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las estipulaciones especiales de las partes (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hechos controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

(...) En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrigado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero”.

3. FALTA DE NEXO DE CAUSALIDAD:

Consideramos que independientemente de nuestra imposibilidad de ser llamados a responder por los perjuicios causados debido a las circunstancias anteriormente anotadas, tampoco le asiste razón al demandante para pretender la imputación causal por la supuesta negligencia médica en la atención de la paciente GRIELDINA VIDES GRANADOS, veamos porque:

Es sabido de conformidad con nuestro desarrollo jurisprudencial en lo que a materia de responsabilidad médica se refiere, que, por tratarse de una obligación de medio, no corresponde la aplicación de una presunción de culpa, razón por la cual, corre el demandante con la carga de la prueba de

los elementos constitutivos de la responsabilidad; en otras palabras, el demandante debe acreditar el HECHO DAÑOSO, el PERJUICIO y el NEXO DE CAUSALIDAD.

Haciendo una referencia concreta al nexo causal manifestó la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia del 30 de enero de 2001, M.P. José Fernando Ramírez Gómez, lo siguiente:

<<Aunque para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propio de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado) (...) resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la demostración de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo firmo la corte en sentencia del 5 de marzo, que es ciertamente importante, “el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado”.>>

En efecto, en sentencia del 05 de marzo de 1940, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. Liborio Escallón, afirmó lo siguiente:

“Enfocado el asunto desde el punto de vista de los elementos integrantes de la responsabilidad, puede sentarse como regla general que, en los litigios sobre responsabilidad profesional médica, como en todo problema de responsabilidad, debe establecerse la relación de causalidad entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el cliente. Por lo tanto, el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido las determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos de donde se desprende aquélla.”

De la misma manera indicó la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, en sentencia del 12 de enero de 2018 (SC003), lo siguiente:

<< Por esto, causada una lesión o menoscabo en la salud, con ese propósito, el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad medica la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquella, así como la culpabilidad, según la

naturaleza de la responsabilidad (subjettiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado).>>

Es claro que no es posible arribar a la nefasta conclusión de una falla médica teniendo en cuenta únicamente el elemento del daño, acomodando los otros dos elementos sin realizar un análisis científico y juicioso en debida forma de la conducta médica y el nexo de causalidad, que, para este caso, no se estructuran.

En este sentido, se debe tener en cuenta que el apoderado de la parte demandante fundamenta su acción solo en conjeturas que no tienen ningún sustento científico que permita concluir que el fallecimiento de la Sra. GRIELDINA VIDES GRANADOS fue producto de faltas cometidas por la institución y los médicos que la atendieron, pues tal como se encuentra demostrado en la historia clínica, a la paciente siempre se le realizaron todos los exámenes, procedimientos y tratamientos adecuados para cada una de sus enfermedades, obedeciendo el fallecimiento única y exclusivamente a complicaciones propias e inherentes a sus patologías y a los procedimientos quirúrgicos practicados, lo que de ninguna manera constituye culpa médica o falla en el servicio.

4. INDEBIDA CUANTIFICACIÓN DE PERJUICIOS:

No basta en un determinado proceso alegar la existencia de un presunto daño sino que al respecto la Ley, la Doctrina y la Jurisprudencia ha determinado que éste tendrá que ser cierto y haberse causado.

En efecto, de tiempo atrás es sabido que la liquidación de perjuicios debe utilizar métodos técnicos o científicos comprobados que sirvan para determinar el valor real de la pérdida y que en todo caso *“debe guardar correspondencia directa con la magnitud del daño causado, lo que significa que no puede superar ni ser inferior a ese límite, caso en el cual implicaría un enriquecimiento o un empobrecimiento sin causa, respectivamente. En este sentido, se puede afirmar que el daño es la medida del resarcimiento”* (Corte Constitucional. Sentencia del 19 de marzo de 2002. Expediente D-3692. M.P. Jaime Araujo Rentería).

Adicionalmente, la comprobación de los presuntos daños alegados en la demanda debe estar debidamente acreditada con pruebas idóneas como lo exige la Ley en todas las normas concordantes para el presente caso, toda vez que el perjuicio debe ser una valoración objetiva fundamentada en evidencias y no una estimación subjetiva basada en lo que el demandante cree que es su perjuicio frente a los hechos de la demanda.

En ese orden de ideas, consideramos que la cuantificación de perjuicios realizada por el apoderado del demandante carece de fundamentación fáctica, legal o jurisprudencial que la avale, resultando excesiva y totalmente fuera de contexto, por las siguientes razones:

-Estima la cuantía de su pretensión por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de **lucro cesante** pasado y futuro en la suma de CIENTO CATORCE MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL CIENTO CUARENTA Y UN PESOS CON SETENTA CENTAVOS (\$114.161.141,70), por los ingresos dejados de percibir por la Sra. GRIELDINA VIDES GRANADOS como consecuencia de su fallecimiento, tomando como base para realizar el cálculo el ingreso mensual percibido por la fallecida por valor de 1 SMLMV, con el cual presuntamente ayudaba económicamente a su cónyuge e hijos.

No obstante, es preciso advertir que dentro del presente proceso no se encuentra debidamente acreditada la dependencia económica del cónyuge e hijos con respecto a la fallecida, sino que, por el contrario, está probado que todas estas personas son mayores de edad y que tal como consta en la historia clínica, en valoración por el servicio de psicología de fecha 16 de octubre de 2015, la paciente manifestó que sus hijos eran casados e independientes, a partir de lo cual se concluye que no habría lugar al reconocimiento de dicho perjuicio.

-Estima la cuantía de su pretensión por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de **daño emergente** en la suma de CINCO MILLONES DE PESOS (\$5.000.000), sin embargo, no se observa que el actor realice alguna manifestación respecto a los conceptos a los cuales obedece esta reclamación, así como tampoco se allega al expediente ninguna prueba que demuestre que efectivamente se haya realizado tal erogación, a partir de lo cual se concluye que no habría lugar al reconocimiento de dicho perjuicio, por no estar acreditada su causación.

-Estima la cuantía de su pretensión por concepto de **perjuicios morales** en la suma de 100 SMLMV para cada uno de los demandantes. Ahora bien, conviene subrayar que de acuerdo con lo establecido por las altas Cortes, la cuantificación del perjuicio moral corresponde a la esfera del arbitrio juris y la valoración debe ser hecha por el juzgador en cada caso según su prudente juicio, siendo a nuestro parecer excesiva la cuantificación que se realizó en la demanda de este perjuicio ya que no es coherente con la prueba del daño en este caso ni con los antecedentes jurisprudenciales, especialmente el de fecha 24 de agosto de 2016, de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, M.P. Ariel Salazar Ramírez, que estableció la suma de

\$60.000.000 como tope máximo a reconocer por concepto de perjuicios morales en casos de muerte a los familiares de primer grado de consanguinidad.

Por regla general, a la parte interesada le corresponde probar los hechos que alega a su favor para la consecución de un derecho. Este postulado es un principio procesal conocido como '*onus prodandi, incumbit actori*' que de manera expresa se encuentra previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso referente a la carga de la prueba del demandante, a quien le corresponde demostrar los daños sufridos y la valoración pretendida, lo cual no se ha cumplido en el presente proceso.

5. AUSENCIA DE COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO POR DELIMITACIÓN TEMPORAL:

Se propone esta excepción teniendo en cuenta que en el presente caso no existe la obligación condicional del asegurador de indemnizar con ocasión al siniestro objeto del litigio, ya que por expresa disposición contractual la reclamación es extemporánea.

En efecto, disponen las condiciones generales aplicables a la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383, lo siguiente:

1.1. Responsabilidad civil profesional medica:

A) El asegurador se obliga a indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que éste deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza reclamados hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza.

De la misma manera se encuentra establecido en el numeral 1.4 de las condiciones generales aplicables a la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas que señala:

1.4. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o, que diera origen a las "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

A) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

B) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza.

Así como también se indica en las condiciones particulares contenidas en la caratula de la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383:

MODALIDAD DE COBERTURA: Ocurrencia (2 años sunset).

Pues bien, si la vigencia de la póliza aplicable al presente caso era desde el 17 de junio de 2015 hasta el 16 de junio de 2016, no existe cobertura del contrato de seguro para este caso en particular ya que la reclamación a la aseguradora en virtud de esta póliza debía ser presentada dentro de los dos (2) años siguientes a la terminación de la vigencia de la misma, es decir hasta el 16 de junio de 2018, por consiguiente tanto para la fecha de presentación de la demanda (07 de octubre de 2019), como para la fecha de formulación del llamamiento en garantía (09 de octubre de 2020), su admisión (08 de febrero de 2021) y su notificación al asegurador (14 de abril de 2021), no existía cobertura bajo la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383, comoquiera que habían transcurrido más de dos (2) años después de finalizada la vigencia del seguro.

6. LIMITE DE VALOR ASEGURADO Y DEDUCIBLE:

Subsidiariamente a las excepciones aquí propuestas y en caso de no prosperar ninguna de ellas propongo la excepción de límite de valor asegurado y deducible, ya que en el evento de una condena mi representada solo responde hasta el monto del límite asegurado, según la Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383 de la vigencia comprendida desde el 17 de junio de 2015 hasta el 16 de junio de 2016 correspondiente al amparo de RC Acto Médico - Clínicas con un valor asegurado de \$1.000.000.000 y un deducible del 10% de la pérdida mínimo \$10.000.000, conforme a lo pactado en el contrato de seguro.

Adicionalmente, la póliza en mención tiene una cobertura adicional de R.C. por daños morales sublimitada al 50% del valor asegurado por evento/vigencia, el cual se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exceso de este, y por gastos judiciales sublimitada al 40% del límite asegurado básico por evento/vigencia, el cual se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exceso de este.

7. EXCEPCIÓN GENERICA U ECUMÉNICA:

De conformidad con lo previsto en el artículo 282 del Código General del proceso, solicito a su señoría se sirva decretar cualquier medio exceptivo cuyos fundamentos resulten acreditados dentro del proceso.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Conforme a lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, se realiza Objeción al Juramento Estimatorio de las pretensiones solicitadas en la demanda, especificando razonadamente la inexactitud que se le atribuye a la estimación, de la siguiente manera:

Solicita la parte actora el reconocimiento de una indemnización por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de **lucro cesante** pasado y futuro en la suma de CIENTO CATORCE MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL CIENTO CUARENTA Y UN PESOS CON SETENTA CENTAVOS (\$114.161.141,70), por los ingresos dejados de percibir por la Sra. GRIELDINA VIDES GRANADOS como consecuencia de su fallecimiento, tomando como base para realizar el cálculo el ingreso mensual percibido por la fallecida por valor de 1 SMLMV, con el cual presuntamente ayudaba económicamente a su cónyuge e hijos.

No obstante, es preciso advertir que dentro del presente proceso no se encuentra debidamente acreditada la dependencia económica del cónyuge e hijos con respecto a la fallecida, sino que, por el contrario, está probado que todas estas personas son mayores de edad y que tal como consta en la historia clínica, en valoración por el servicio de psicología de fecha 16 de octubre de 2015, la paciente manifestó que sus hijos eran casados e independientes, a partir de lo cual se concluye que no habría lugar al reconocimiento de dicho perjuicio.

Asimismo, se observa que la parte demandante solicita el reconocimiento de una indemnización por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de **daño emergente** en la suma de CINCO MILLONES DE PESOS (\$5.000.000), sin embargo, no vemos que el actor realice alguna manifestación respecto a los conceptos a los cuales obedece esta reclamación, así como tampoco se allega al expediente ninguna prueba que demuestre que efectivamente se haya realizado tal erogación, a partir de lo cual se concluye que no habría lugar al reconocimiento de dicho perjuicio, por no estar acreditada su causación.

De otro parte, aun cuando en el artículo 206 del Código General del Proceso reza que el juramento estimatorio no aplica para la cuantificación de los daños extrapatrimoniales, nos parece que la suma solicitada por este concepto es exagerada, por las razones que alegamos en nuestra oposición a las pretensiones y en las excepciones propuestas.

Por lo anterior, solicitamos que en el evento de demostrarse que los valores estimados resultan infundados y temerarios, se dé aplicación a las sanciones contempladas en la norma.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco la aplicación de los siguientes preceptos: Artículo 1036 y ss. C.Co., Artículo 2144, 2184 y 2341 y ss. C.C., Artículo 282 C.G.P., Condiciones Generales y Particulares de la Póliza y demás normas complementarias y conexas.

PRUEBAS

DOCUMENTALES:

- Póliza RC Profesional Instituciones Médicas N° 1001213003383.
- Condiciones Generales de la Póliza de RC Profesional Clínicas y Hospitales.
- Solicito se tengan como pruebas las documentales obrantes en el expediente tales como historias clínicas, epicrisis, exámenes de laboratorio e impresiones diagnósticas.

INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito se decrete interrogatorio de parte que deberá absolver la parte demandante, de acuerdo con el cuestionario que personalmente le formularé en audiencia.

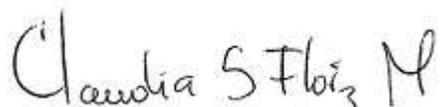
NOTIFICACIONES

La sociedad que apodero MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. recibe notificaciones en la Carrera 14 N° 96-34 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico njudiciales@mapfre.com.co

La suscrita recibe notificaciones en la secretaría del juzgado, en su oficina ubicada en la Carrera 51B No. 76-136 oficina 703 de la ciudad de

Barranquilla o en el correo electrónico
notificacionesjudiciales@florezmahechasas.com

Respetuosamente,



CLAUDIA SOFIA FLÓREZ MAHECHA
C.C. No. 32.735.035 de Barranquilla
T.P. No. 80.931 del C.S.J.

POLIZA

RC PROFESIONAL INSTITUCIONES MEDICAS

RENOVACION

COPIA

Ref. de Pago: 30881938440

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO 272 737	POLIZA 1001213003383	CERTIFICADO 10	FACTURA 1	OFICINA MAPFRE BARRANQUILLA	DIRECCION CALLE 77 B NO. 57 - 141 LOCAL 103	CIUDAD BARRANQUILLA
TOMADOR DIRECCION ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE KR 48 #70-38		CIUDAD BARRANQUILLA		NIT / C.C. TELEFONO 8901027685 3564455		
ASEGURADO DIRECCION ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE KR 48 #70-38		CIUDAD BARRANQUILLA		NIT / C.C. TELEFONO 8901027685 3564455		
ASEGURADO DIRECCION N.D. N.D.		CIUDAD N.D.		NIT / C.C. TELEFONO N.D. N.D.		
BENEFICIARIO DIRECCION CUALQUIER TERCERO AFECTADO N.D.		CIUDAD N.D.		NIT / C.C. TELEFONO N.D. N.D.		

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO				
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
24	6	2015	00:00	17	6	2015	366	00:00	17	6	2015	366
			24:00	16	6	2016		24:00	16	6	2016	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR DELIMA MARSH S A	CLASE CORREDOR	CLAVE 132	TELEFONO 6083170	% PARTICIPACION 100,00
--	-------------------	--------------	---------------------	---------------------------

COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE	
R.C. acto medico - Clinicas	\$ 1.000.000.000,00	\$ 1.000.000.000,00	10 % PERD Min 10000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	\$ 400.000.000,00	\$ 400.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	\$ 1.000.000.000,00	\$ 1.000.000.000,00	10 % PERD Min 20000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	\$ 5.000.000,00	\$ 20.000.000,00	NO APLICA

TOTAL PRIMA NETA
PESOS COLOMBIANOS

GASTOS DE EXPEDICION
PESOS COLOMBIANOS

SUBTOTAL EN
PESOS COLOMBIANOS

VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS
PESOS COLOMBIANOS

TOTAL A PAGAR
EN PESOS COLOMBIANOS

\$ 94.500.000,00

\$ 10.000,00

\$ 94.510.000,00

\$ 15.121.600,00

\$ 109.631.600,00

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO - 737	POLIZA 1001213003383	OPERACION 816 - 8	OFICINA MAPFRE 58*BARRANQUILLA	DIRECCION CALLE 77 B NO. 57 - 141 LOCAL 103	CIUDAD BARRANQUILLA
--------------------------	-------------------------	----------------------	-----------------------------------	--	------------------------

ANEXOS

RC PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

ASEGURADO: CLÍNICA GENERAL DEL NORTE. NIT. 890.102.768-5

BENEFICIARIO: CUALQUIER TERCERO AFECTADO

MODALIDAD DE COBERTURA: Ocurrencia (2 años sunset)

LIMITE VALOR ASEGURADO: \$1.000.000.000 Evento / Agregado Anual.

AMPAROS

-R.C. como consecuencia de cualquier eacto m?dicoe derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

-R.C. que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al acto m?dico

-R.C. consecuencia de asistencia m?dica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

-La póliza ampara los daños que pueda recibir un paciente a quien se le practica cirugía est?tica, cuando la misma tiene como fin, intentar mejorar condiciones de salud del paciente con sujeción a los protocolos m?dicos y entre ellas, pero sin limitarse a estas, reducción de senos, postbariátricas y en especial, las que se tengan que hacer, para cumplir con sentencias de tutela. RTA/. Siempre que sea objeto de cobertura contratada, se aclara: para procesos de Mamo plastia de Reducción y Cirugía Bariátrica solo se cubrirán reclamaciones cuando estas cirugías sean realizadas bajo el visto bueno de EPS, hayan sido clínicamente diagnosticadas y recomendadas por un especialista m?dico. No se

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5098 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

POLIZA

RC PROFESIONAL INSTITUCIONES MEDICAS

RENOVACION
COPIA

Ref. de Pago: 30881938440

-La póliza ampara los daños que pueda recibir un paciente a quien se le practica cirugía estética, cuando la misma tiene como fin, intentar mejorar condiciones de salud del paciente con sujeción a los protocolos médicos y entre ellas, pero sin limitarse a estas, reducción de senos, postbriátricas y en especial, las que se tengan que hacer, para cumplir con sentencias de tutela. RTA/. Siempre que sea objeto de cobertura contratada, se aclara: para procesos de Mamo plastia de Reducción y Cirugía Bariátrica solo se cubrirán reclamaciones cuando estas cirugías sean realizadas bajo el visto bueno de EPS, hayan sido clínicamente diagnosticadas y recomendadas por un especialista médico. No se cubren reclamaciones derivadas de la inconformidad y/o insatisfacción del paciente ante asimetrías o imperfecciones presentadas en el cuerpo del paciente posterior al procedimiento

-No obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, y teniendo en cuenta que por mandato expreso de la Ley 23 de 1.981 y el Decreto 3380 de 1.981, el consentimiento informado NO se requiere cuando se trata de cirugías de URGENCIA, la póliza cubre los daños y/o perjuicios que pueda sufrir un paciente o terceras personas por una posible falla médica, durante una cirugía de URGENCIA. Conforme a Leyes Colombianas, el procedimiento de urgencia debe ser el aprobado mediante la lex artis.

COBERTURAS ADICIONALES

-R.C. daños morales sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de es

-Gastos judiciales sublimitado al 40% del limite asegurado básico, evento / vigencia. Este valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exceso de este

-Gastos Médicos sublimitado a \$ 5.000.000 evento/ \$20.000.000 vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.

-PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual. sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.

-Perjuicios Extrapatrimoniales (incluidos Riesgos Morales), se otorga un sublímite de hasta 50% del límite asegurado, el cual forma parte integrante y no aumenta la suma asegurada.

DEDUCIBLES:

10% PER Mínimo \$ 10.000.00

10% PERD mínimo \$ 20.000.000 para la responsabilidad civil ocasionada por médicos que no tengan contrato de trabajo ni póliza de seguro Individual (personal).

No operan para Gastos Médicos

Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

NO SE OTORGA

R.C. Cruzada R.C. Extracontractual Bienes Bajo Cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud. Renovación Automática R.C. profesional del área o actividades netamente administrativas

NOTAS OBLIGATORIAS:

SE EXCLUYE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS DE URGENCIA.

TODO ACTO MÉDICO O PROCEDIMIENTO REALIZADO CON FINES ESTÉTICOS O CIRUGÍA PLÁSTICA ESTA EXCLUIDO, SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGENITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

SE EXCLUYE COBERTURA PARA RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SIDA, VIH Y/O HEPATITIS Y /O CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOCONTAGIOSA.

LA PRESENTE PÓLIZA AMPARA PROFESIONALES Y TÉCNICOS AUXILIARES DE LA SALUD, SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA. LA CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA.

- FIN DE LA SECCION -

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5098 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES CONDICIONES GENERALES

La compañía de seguros, que en lo sucesivo se denominará **el asegurador**, en consideración a que el tomador ha presentado una solicitud de seguro, la cual forma parte integrante de esta póliza, ampara la responsabilidad civil profesional del asegurado, con sujeción a los términos y condiciones generales y particulares previstos a continuación:

CONDICIÓN PRIMERA: AMPAROS Y EXCLUSIONES

Amparos

1. Amparos cubiertos

Esta póliza otorga cobertura por la responsabilidad civil propia de clínicas, sanatorios, hospitales y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas, bajo las limitaciones y exclusiones descritas a continuación:

1.1. Responsabilidad civil profesional médica:

A) El asegurador se obliga a indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza reclamados hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza.

B) El asegurador se obliga a cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto a) anterior.

En este caso el asegurador se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes causantes del daño, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

C) Así mismo el asegurador se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

A los efectos de este seguro, no se considera como terceros a:

1) las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado;

2) Los socios, directores. Miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de este.

3) Los contratistas v/o subcontratistas y sus dependientes;

4) Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.

Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado.

1.2. El asegurador será responsable por todo concepto de "costas, gastos, intereses, cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o el asegurador por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta la suma especificada en el ítem de límite agregado anual de la cobertura de las condiciones particulares de la póliza por todos los acontecimientos ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados por primera vez hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza.

1.3. La indemnización originada por daños morales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite del 15% de la suma asegurada, establecido en la carátula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no podrá ser superior a \$ 150.000.000 por vigencia.

1.4. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o, que diera origen a las "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

A) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

B) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza.

C) Si el asegurado da aviso según se estipula en la condición séptima "obligaciones del asegurado en caso de un acontecimiento adverso", cualquier reclamación subsiguiente que se haga en contra del asegurado relacionado con el mismo evento se considerará como hecha dentro del periodo de dos años establecido en la póliza.

Exclusiones

El asegurador no cubrirá bajo ninguna circunstancia reclamaciones" y/o "indemnizaciones" que el asegurado tenga que pagar por "lesiones corporales" que sean consecuencia directa o indirecta de:

1. Exclusiones absolutas.

- 1.1. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
- 1.2. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
- 1.3. Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la practica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas.
- 1.4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico experimental autorizados por escrito por el asegurador en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
- 1.5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.
- 1.6. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
- 1.7. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente".
- 1.8. De la ineficiencia de cualquier tratamiento medico cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.
- 1.9. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
- 1.10. Daños genéticos en el caso que se determine que ellos hayan sido causados por un factor iatrogenico y/o heredado, descubierto en el momento o un tiempo después del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
- 1.11. La provocación intencional del daño (dolo) y/o culpa grave en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

- 1.12. Transmutaciones nucleares que no provengan del uso terapéutico de la energía nuclear y en general toda responsabilidad, cualquiera que sea su causa y/u origen, relacionada con materiales de armas, combustibles o desechos nucleares.
- 1.13. Actos médicos que impliquen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u homoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
- 1.14. Filtraciones. Contaminantes o residuos patológicos, incluyendo los gastos y costos de leyes específicas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patológicos.
- 1.15. Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.
- 1.16. Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad nacional, departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.
- 1.17. Contagio, infección, irradiación. Exposición a rayos x, o cualquier otro medio, ocurridos o contraídos durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado.
- 1.18. Ofensa sexual, cualquiera sea su causa y/u origen, ya sea catalogada como tal bajo el derecho penal o no.
- 1.19. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
- 1.20. "reclamos" por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al asegurado o a su representante por el "paciente" y/u otra persona natural o jurídica a nombre del "paciente", y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho "paciente" por parte del asegurado, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.
- 1.21. La falta o el incumplimiento, completo o parcial del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
- 1.22. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al paciente.

- 1.23. El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
- 1.24. Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.
- 1.25. Daños causados por la aplicación de anestesia general, o que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional médico debidamente habilitado y capacitado para realizarlo, y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.
- 1.26. Pérdidas patrimoniales puras, incluyendo pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia directa de una lesión corporal amparado por esta póliza.
- 1.27. "Actos médicos ocurridos fuera de la república de Colombia o reclamos sometidos a cualquier jurisdicción extranjera.
- 1.28. Para el caso de cirugía plástica o estética. Solamente se otorga cobertura para la cirugía reconstructiva posterior a un accidente y la cirugía correctiva de anomalías congénitas.
- 1.29. Toda responsabilidad civil diferente a la prevista en esta póliza, cualquiera que esta fuere.
- 1.30. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
- 1.31. Actos médicos ocurridos fuera del periodo de la cobertura de la póliza.
- 1.32. Notificaciones formuladas por el asegurado o los reclamos o demandas de terceros que lleguen a conocimiento del asegurado después del período de dos años, otorgado por la póliza, aunque dichas notificaciones, reclamos o demandas se deriven de actos médicos practicados durante la vigencia de la póliza.
- 1.33. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con:
 - El virus de inmunodeficiencia adquirida VIH
 - El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA
 - Hepatitis, cualquiera que sea su causa
 - Cualquier virus, complejo o síndrome relacionado con los anteriores.

CONDICIÓN SEGUNDA- GARANTÍAS DEL ASEGURADO

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 las sanciones contempladas en el artículo 1061 del código de comercio, lo siguiente:

1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina, a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, 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 demás normas pertinentes, 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 permitan 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), veráz, 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 a las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 minsalud).
- e) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de "pacientes", elaborando en forma prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fechas de calibración, etc.

CONDICIÓN TERCERA- SUMA ASEGURADA

La suma asegurada indicada en la(s) condición(es) particular(es) representa la suma máxima por la cual el asegurador será responsable por todo concepto de "indemnización", "costas, gastos,

intereses y honorarios” conforme a los límites de cobertura indicados en dicha condición particular y descritos a continuación:

- a) Límite de cobertura por acto médico: el asegurador será responsable por el pago de los reclamos o sentencia judiciales relacionados con reclamos cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las condiciones particulares como límite de cobertura por acto médico. Dicho límite comprende la responsabilidad máxima del asegurador en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por uno o más reclamos derivados de un solo acto médico y/o evento.
- b) Pluralidad da reclamos: en caso que, de un mismo acto médico resulten varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en las condiciones particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que el asegurador reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un solo “acto médico” y/o “evento”, sin perjuicio de:
 - El número de individuos y/o organizaciones aseguradas
 - El número de “reclamos” y/o demandas reportadas
 - El número de personas y/u organizaciones presentando “reclamos” y/o demandas.
- c) Límite agregado anual de cobertura: si durante la vigencia de la póliza se produjeran hechos que dieran base a reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, el asegurador responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem “límite agregado anual de cobertura” de las condiciones particulares, por todos los acontecimientos ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados y/o notificados hasta dentro de un período de dos años contados a partir de la fecha de finalización de la vigencia de la presente póliza.
- d) No acumulación de sumas aseguradas: con el propósito de determinar la responsabilidad del asegurador, será considerado como un solo “acto médico” y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectuaren una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

CONDICIÓN CUARTA – DEDUCIBLE

El asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en las condiciones particulares con respecto a cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza por el/los daño(s) a tercero(s).

El asegurador responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del asegurado.

CONDICIÓN QUINTA - PERSONAS ASEGURADAS

- a) Se considerará como "asegurado" el establecimiento médico asistencial, sea persona de derecho público o privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos,

condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, prácticas, 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.

b) También se considera como asegurado las siguientes personas:

- Los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe del cuerpo médico) o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores medico-administrativas no asistenciales para la institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones netamente medico-administrativas para la institución asegurada.
- Las personas que sean miembros o que presten servicios para juntas o comités establecidos por la institución asegurada; por ejemplo juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las funciones requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.
- Los empleados y trabajadores voluntarios.

No se considerará como “asegurado” a ningún profesional de la salud ya sea interno, externo, residente, voluntario, temporario, empleado, contratado, en relación de dependencia o no, por ningún “acto médico” prestado o dejado de prestar a ningún “paciente” dentro o fuera de la institución asegurada.

La presente póliza se podrá extender a cubrir la responsabilidad civil profesional propia de los profesionales de la salud empleados bajo la relación laboral por el asegurado, previo consentimiento y aprobación del asegurador, el cual emitirá un endoso especial, siempre y cuando se declare y aparezca el nombre y especialidad del profesional en una relación que se adhiere a esta póliza formando parte integral de la misma, y previo pago de la prima correspondiente.

Cuando esta póliza se extiende a cubrir la responsabilidad civil profesional de los profesionales de la salud bajo las condiciones arriba descritas, quedará entendido y convenido que dicha extensión operará única y exclusivamente para el ejercicio de la profesión médica y/u odontológica dentro de los predios de la institución asegurada por esta póliza.

CONDICIÓN SEXTA – PRIMA

La prima en concepto de esta póliza será calculada con base anual o la fracción correspondiente al plazo de cobertura solicitada.

CONDICIÓN SEPTIMA – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

El asegurado deberá notificar al asegurador, o a su representante nombrado en las condiciones particulares, cualquier acontecimiento adverso que, según su conocimiento, pudiera derivar en un reclamo, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las setenta y dos horas (72) luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

- 1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico;

- 2) Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
- 3) La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
- 4) Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
- 5) Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
- 6) Nombre y domicilio de los intervinientes en el acto médico, además del asegurado.

Adicionalmente el asegurado se obliga a:

1. Entregar al asegurador, o al representante nombrado por el asegurador, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del asegurado.
2. Colaborar con el asegurador, o al representante nombrado por el asegurador, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del asegurado.
3. Cooperar con el asegurador, o con el representante nombrado por el asegurador, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo “reclamo” o litigio.
4. Prestar al asegurador, o al representante nombrado por el asegurador, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
5. Colaborar con el asegurador, o con el representante nombrado por el asegurador, para hacer valer contra terceras personas, naturales 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.
6. Permitir al asegurador efectuar transacciones o consentir sentencias.
7. No efectuar 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.

Todo lo anterior sujeto a las normas de prescripción contempladas en el código de comercio.

CONDICIÓN OCTAVA – DENUNCIA DE “RECLAMOS”

El asegurado se obliga a notificar al asegurador, por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. **Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles a partir del momento en que el asegurado haya sido informado de tal reclamo.**

La notificación escrita para el asegurador deberá contener los elementos requeridos en la condición séptima, si tal información no hubiese sido ya comunicada por el asegurado.

CONDICIÓN NOVENA – DEFENSA EN JUICIO CIVIL

En caso de demanda judicial civil contra el asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente al asegurador de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la

notificación, y estará obligado a remitir simultáneamente al asegurador la póliza y todos los documentos que pertenezcan a dicha notificación.

El asegurado está obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba que disponga y a otorgar en favor de los profesionales designados el poder para el ejercicio de la representación judicial, entregando el respectivo documento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda, y a cumplir con los actos procesales que la impongan.

En el evento en que el asegurado sea directamente demandado por el tercer afectado, el asegurado deberá asumir la defensa y suministrarle al asegurador, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su situación en garantía.

El asegurado no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del asegurador. En virtud de lo dispuesto por el artículo 1056 y 1074 del código de comercio, en especial la obligación del asegurado de evitar la extensión y propagación del siniestro y proveer al salvamento, en caso de que el asegurado rehusara a consentir el acuerdo propuesto por el asegurador y aceptado por el tercero afectado, y optara por la continuación de la acción judicial o cualquier otro procedimiento legal relacionado con el reclamo, **deberá dejarse por escrito entre el asegurador y el asegurado** que la responsabilidad total del asegurador por dicho siniestro no podrá exceder el monto por el cual el reclamo hubiese sido conciliado, incluyendo los gastos, costos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo por parte del asegurado. La diferencia será a cargo exclusivo del asegurado.

- a) **Medidas Precautelativas:** Si se dispusiesen medidas precautelativas sobre bienes del asegurado, este no podrá exigir que el asegurador las sustituya.
- b) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** El asegurador asume a su cargo, el pago de las costas judiciales, intereses en causa civil, y de los gastos extra judiciales en que se incurra para oponerse a las pretensiones del tercero, en demandas infundadas o no, sin embargo, cualquiera que fuese el resultado del litigio, el monto de dicho concepto no podrá superar el 100% de la suma asegurada, o del sublímite, el excedente quedará a cargo del asegurado.
- c) **Opción del Asegurador:** En cualquier momento, el asegurador, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de la responsabilidad por parte del asegurador en perjuicio del asegurado, podrá hacer pago o depósito judicial de la suma asegurada, dejando al asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual el asegurador quedara liberado de los gastos y costas que devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del(de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA – PROCESO PENAL

Si se promoviese proceso penal el asegurado deberá dar aviso de inmediato al asegurador. El asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle al asegurador el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción.

El asegurador podrá colaborar proporcionando al asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por el asegurador no implica la aceptación de responsabilidad frente al asegurado o terceros en los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con la aseguradora.

Queda claramente establecido que el asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los soportes técnicos del asegurador, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como asegurado emanados de este contrato.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA– TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

El presente seguro terminará por extinción del período por el cual se contrató, si no se efectuase la renovación correspondiente, por desaparición del riesgo, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual el asegurado tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador. En todo caso las partes sujeta a lo establecido en el artículo 1071 del código de comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – PERDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

El asegurado y/o los beneficiarios perderán en forma total los derechos que se deriven de esta póliza en los siguientes casos:

- a) Cuando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.
- b) Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.
- c) Cuando se renuncie a los derechos contra quien sea responsable del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – CLAÚSULA COMPROMISORIA

Las controversias que eventualmente puedan surgir entre el asegurador y el asegurado por razón de la celebración, ejecución, terminación del contrato de seguro, serán sometidas a la decisión de un tribunal de arbitramento que será nombrado y actuará de acuerdo con lo establecido en el decreto 1818 de 1998 y demás normas vigentes que rigen la materia, el domicilio será Bogotá.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA– VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

El asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

El informe del o de los expertos no comprometerá al asegurador a que acepte sus condiciones, opiniones o recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que el asegurador pueda pronunciarse acerca del derecho del asegurado.

El asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA– SUBROGRACIÓN

En caso de reclamo bajo esta póliza, el asegurador se subrogará en todos los derechos y acciones en contra del tercero causante del daño que correspondan al asegurado, y este ejecutará y suministrará al asegurador todos los documentos necesarios para garantizar tales derechos.

A petición del asegurador, el asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA – RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, en los términos previstos en el artículo 1058 del código de comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA SEPTIMA – INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

Sin perjuicio de cualquiera de las disposiciones contenidas en la presente póliza, la compañía se compromete a investigar las cuestiones inherentes a la responsabilidad y a pagar toda indemnización por daños que el asegurado tenga la obligación legal de pagar y, así mismo defender todo reclamo que corresponda bajo las condiciones de la presente póliza.

En caso de reclamo contra un asegurado- ya sea judicial o extrajudicial – si un acuerdo transaccional propuesto por la compañía a un reclamante, y que este último está dispuesto a aceptar, no pudiere concretarse por la oposición del asegurado, en el supuesto de dictarse a posteriori sentencia condenatoria por una suma superior a la del acuerdo frustrado, será exclusivo cargo del asegurado la diferencia entre el monto de ésta y aquel así como los intereses y las costas que se devenguen con posterioridad a la fecha de la oposición.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA – EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, la compañía podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA– AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- El asegurador tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del asegurado incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc., En cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que este mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- De igual manera, el asegurador tendrá el derecho de practicar auditorías médico- legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del paciente y de las

prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

- También, el asegurador podrá examinar y auditar los libros y expedientes del asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de tres años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

CONDICIÓN VIGESIMA – OTROS SEGUROS

En caso que el asegurado contara con otra póliza o pólizas de seguro de responsabilidad civil profesional médica, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad.

El asegurado deberá informar por escrito al asegurador los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de los diez días a partir de su celebración. La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato.

CONDICIÓN VIGESIMA PRIMERA– CESIÓN DE DERECHOS

El asegurado no podrá ceder a terceros los derechos y/o beneficios que le son otorgados por la presente póliza.

CONDICIÓN VIGESIMA SEGUNDA – MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Todas las modificaciones y/o desistimientos y/o renunciaciones a los derechos y/o beneficios de la presente póliza serán efectuados solamente por medio de anexo emitido, debidamente firmado por un representante autorizado por el asegurador. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

CONDICIÓN VIGESIMA TERCERA – DEFINICIONES

-Asegurado: Bajo el término asegurado se entienden:

- a) Las personas jurídicas que figuran como asegurado en la póliza y además de esta, todos los funcionarios a su servicio, cuando se encuentren en el desempeño de las labores propias de su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tales.
- b) La persona natural que figura como asegurado en la póliza y además de este, su cónyuge o compañero (a) permanente e hijos menores que habitan bajo el mismo techo.

-Siniestro: Es todo hecho, que haya producido un daño que pueda dar origen a una reclamación de responsabilidad civil extracontractual contra el asegurado o la compañía y que este amparado por la póliza.

Constituye un solo siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debidos a una misma causa originaria, con independencia del número de reclamantes, reclamaciones formuladas o personas legalmente responsables.

-Deducible: Es la suma o el porcentaje que se deduce del monto de cada indemnización por siniestro y que siempre queda a cargo del asegurado.

-Vigencia: Es el periodo comprendido entre las fechas de iniciación y terminación de la protección que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de la póliza.

-Empleado: Se entiende por "empleado" la persona natural que presta sus servicios al asegurado dentro del territorio nacional, vinculada a este mediante contrato de trabajo y que ocupa uno de los cargos señalados en la póliza.

-Coaseguro: Mecanismo de distribución por el cual dos o más aseguradoras asumen un mismo riesgo. Definición extractada del Artículo 1095 del Código de Comercio.

-Subrogación: Mecanismo por medio del cual el asegurador sustituye al tomador en el ejercicio de las acciones legales y judiciales que este tendría contra los terceros causantes del siniestro con el fin de poder recuperar los montos de dinero reconocidos al asegurado. Definición extractada del Artículo 1096 del Código de Comercio.

-Transmisión del Interés Asegurado: Cuando haya transferencia de la cosa asegurada, el asegurado deberá dar aviso a la aseguradora dentro de los diez (10) días siguientes a la transmisión y en este sentido si el asegurado continúa con algún interés, el contrato podrá continuar en esa misma proporción. De lo contrario el contrato se extinguirá. Definición extractada del Artículo 1106 y 1107 del Código de Comercio.

-Revocación unilateral: Artículo 1071 del Código de Comercio, "El contrato de seguros podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes: por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento mediante aviso escrito al asegurador.

En el primer caso, la revocatoria da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato: La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

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

-Consecuencias del sobreseguro: Artículo 1091 del Código de Comercio, "El exceso del seguro sobre el valor real del interés asegurado producirá la nulidad del contrato, con retención de la prima a título de pena, cuando de parte del asegurado haya habido intención manifiesta de defraudar al asegurador. En los demás casos podrá promoverse su reducción por cualquiera de las partes contratantes, mediante la devolución o rebaja de la prima correspondiente al importe del exceso y al período no transcurrido del seguro.

La reducción no podrá efectuarse después de ocurrido un siniestro total".

-Disminución del riesgo: Artículo 1065 del Código de Comercio, "En caso de disminución del riesgo, el asegurador deberá reducir la prima estipulada, según la tarifa correspondiente, por el tiempo no corrido del seguro, exento en los seguros a que se refiere el artículo 1060, inciso final".

-Declaración del tomador sobre el estado del riesgo: Artículo 1058 del Código de Comercio, "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”.

-Conservación del estado del riesgo y notificación de cambios: Artículo 1060 del Código de Comercio. “El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso lo del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, el asegurador podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho al asegurador a retener la prima no devengada.

Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto en cuanto a los amparos accesorios, a menos de convención en contrario; ni cuando el asegurador haya conocido oportunamente la modificación y consentido en ella”.

-Terminación para el pago de la prima: Artículo 1066 del Código de Comercio, “Modificado. Ley 45, Art. 81. Término para el pago de la prima. El tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella”.

-Mora en el pago de la prima: Artículo 1068 del Código de Comercio, “Modificado. Ley 45 de 1990, Art. 82. Terminación automática del contrato de seguro. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados.

Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes.

-Evento: cualquier acción realizada por el asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca lesiones corporales a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia, y/o inobservancia de los deberes a su cargo a los efectos de este seguro se considerará como un solo y mismo evento la exposición repentina, continua o repetida a condiciones perjudiciales o dañinas a terceros que causen daños y/o lesiones imprevistos e inesperados por el asegurado.

-Lesiones Corporales: cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

-Costas, Gastos, Intereses Y Honorarios: los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el asegurador para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza. También se incluye bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el asegurado como el caso de ser condenado a pagar juicio.

-Indemnización: compensación al asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico, y la cual no puede superara al importe de la suma asegurada (límite de cobertura) indicado en las condiciones particulares.

-Paciente: cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médico, quirúrgicos y/u odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.

-Reclamo: cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el asegurado o su asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un “actos médico” y/o “evento”.

-Acto Médico: cualquier acción que implique un error, omisión o incumplimiento del deber, cometido por un profesional de la salud, el cual cause daños y/o perjuicios a la salud del paciente, incluyendo la muerte.

-Notificaciones-domicilio: toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en esta póliza, se hace por escrito y es prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío escrito por correo recomendado o certificado a la última dirección conocida de las partes.

Se exceptúa la obligación de comunicación escrita, la que se refiere al aviso de siniestro al asegurador por parte del asegurado, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1075 del código de comercio.

INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES

Se dejan expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

-Hechos de guerra internacional: se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).

-Hechos de guerra civil: se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la sucesión de una parte del territorio de la nación.

-Hechos de rebelión: se entiende por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el gobierno nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuentren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

-Hechos de sedición y motín: se entiende por tales los hechos dañosos mediante el empleo de las ramas que pretendan impedir transitoriamente el libre funcionamiento del régimen constitucional o legal vigentes.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como asonada y conmoción civil.

-Asonada: se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultuaria para exigir violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

Se entienden equivalentes a asonada otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como alboroto, alteración del orden público, desordenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

-Hechos de vandalismo o conmoción popular: se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

-Hechos de guerrilla: se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra

cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

-Hechos de terrorismo: se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.

No se consideran como hechos de terrorismo aquellos hechos aislados y esporádicos de delincuencia común.

-Hechos de huelga: se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga así como su calificación de legal o ilegal.

-Hechos de *lock out*: se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

- a. El cierre de establecimientos de trabajo dispuestos por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente).
- b. El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el *lock out*, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

-Otros hechos (1): atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadre en los respectivos hechos descritos bajo esta cláusula, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo o malevolencia popular, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de *lock out*.

-Otros hechos (2): los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descritos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

CONDICIÓN VIGESIMA CUARTA – ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

- **Agravación del riesgo**

El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro, deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso primero del artículo 1058 (retención del asegurado) signifique agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez días a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez siguientes días a aquél en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos **treinta (30) días** desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo y los términos consignados en el inciso anterior, el asegurador podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho al asegurador a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable cuando el asegurador haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella, en los términos establecidos en el artículo 1060 del código de comercio.

DERECHOS DEL CONSUMIDOR FINANCIERO, PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA DEL CONSUMIDOR FINANCIERO Y OBLIGACIONES DE MAPFRE.

La Ley 1328 de 2009 consagró un régimen especial de protección a los consumidores financieros que tiene como propósitos generales: (i) fortalecer la normatividad existente sobre la materia, (ii) buscar el equilibrio contractual entre las partes y (iii) evitar la asimetría en la información. Para el cumplimiento de estos propósitos, las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera, deben implementar un Sistema de Atención a los Consumidores Financieros (SAC).

El SAC propende porque:

- Se consolide al interior de cada entidad una cultura de atención, respeto y servicio a los consumidores financieros.
- Se adopten sistemas para suministrarles información adecuada a los clientes.
- Se fortalezcan los procedimientos para la atención de sus quejas, peticiones y reclamos.
- Se propicie la protección de los derechos del consumidor financiero, así como la educación financiera de éstos.

Objetivo del SAC en MAPFRE

Consolidar al interior de MAPFRE COLOMBIA una cultura de atención, respeto y servicio a los Consumidores Financieros a través de planes de capacitación a todos aquellos que intervienen en la cadena de ofrecimiento, asesoría y prestación de nuestros productos y servicios. Así mismo, implementar sistemas para suministrar información adecuada y educación financiera; se fortalecer el ciclo de quejas, peticiones y reclamos propiciando la protección de los derechos del consumidor financiero.

Derechos del Consumidor Financiero

De acuerdo con el Art. 5° de la ley 1328 de 2009, Derechos de los consumidores financieros.

Sin perjuicio de los derechos consagrados en otras disposiciones legales vigentes, los consumidores financieros tendrán, durante todos los momentos de su relación con MAPFRE, los siguientes derechos:

- a) En desarrollo del principio de debida diligencia, los consumidores financieros tienen el derecho de recibir de parte de MAPFRE, productos y servicios con estándares de seguridad y calidad, de acuerdo con las condiciones ofrecidas y las obligaciones asumidas por las entidades vigiladas.
- b) Tener a su disposición, en los términos establecidos en la ley en referencia y en las demás disposiciones de carácter especial, publicidad e información transparente, clara, veraz, oportuna y verificable, sobre las características propias de los productos o servicios ofrecidos y/o suministrados. En particular, la información suministrada por MAPFRE deberá ser de tal que permita y facilite su comparación y comprensión frente a los diferentes productos y servicios ofrecidos en el mercado.
- c) Exigir la debida diligencia en la prestación del servicio por parte de MAPFRE.
- d) Recibir una adecuada educación respecto de las diferentes formas de instrumentar los productos y servicios ofrecidos, sus derechos y obligaciones, así como los costos que se generan sobre los mismos, los mercados y tipo de actividad que desarrollan las entidades vigiladas así como sobre los diversos mecanismos de protección establecidos para la defensa de sus derechos.
- e) Presentar de manera respetuosa consultas, peticiones, solicitudes, quejas o reclamos ante MAPFRE, el defensor del Consumidor Financiero, la Superintendencia Financiera de Colombia y los organismos de autorregulación.

f) Los demás derechos que se establezcan en esta ley o en otras disposiciones, y los contemplados en las instrucciones que imparta la Superintendencia Financiera de Colombia.

Prácticas de Protección Propia

Artículo 6°. Prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

- a) Cerciorarse si la entidad con la cual desean contratar o utilizar los productos o servicios se encuentre autorizada y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- b) Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.
- c) Observar las instrucciones y recomendaciones que imparta la entidad vigilada sobre el manejo de productos o servicios financieros.
- d) Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos.
- e) Informarse sobre los órganos y medios de que dispone la entidad para presentar peticiones, solicitudes, quejas o reclamos.
- f) Obtener una respuesta oportuna a cada solicitud de producto o servicio.

Parágrafo 1°. El no ejercicio de las prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros no implica la pérdida o desconocimiento de los derechos que le son propios ante las entidades vigiladas y las autoridades competentes. De igual manera, no exime a las entidades vigiladas de las obligaciones especiales consagradas en la presente ley respecto de los consumidores financieros.

Parágrafo 2°. Los consumidores financieros tendrán el deber de suministrar información cierta, suficiente y oportuna a las entidades vigiladas y a las autoridades competentes en los eventos en que estas lo soliciten para el debido cumplimiento de sus deberes y de actualizar los datos que así lo requieran. Del mismo modo, informarán a la Superintendencia Financiera de Colombia y a las demás autoridades competentes sobre las entidades que suministran productos o servicios financieros sin estar legalmente autorizadas para ello.

Obligaciones de MAPFRE

Artículo 7°. Obligaciones especiales de las entidades vigiladas. Las entidades vigiladas tendrán las siguientes obligaciones especiales:

- a) Suministrar información al público respecto de los Defensores del Consumidor Financiero, de conformidad con las instrucciones que sobre el particular imparta la Superintendencia Financiera de Colombia.
- b) Entregar el producto o prestar el servicio debidamente, es decir, en las condiciones informadas, ofrecidas o pactadas con el consumidor financiero, y emplear adecuados estándares de seguridad y calidad en el suministro de los mismos.
- c) Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado.
- d) Contar con un Sistema de Atención al Consumidor Financiero (SAC), en los términos indicados en la presente ley, en los decretos que la reglamenten y en las instrucciones que imparta sobre el particular la Superintendencia Financiera de Colombia.

- e) Abstenerse de incurrir en conductas que conlleven abusos contractuales o de convenir cláusulas que puedan afectar el equilibrio del contrato o dar lugar a un abuso de posición dominante contractual.
- f) Elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación. Copia de los documentos que soporten la relación contractual deberá estar a disposición del respectivo cliente, y contendrá los términos y condiciones del producto o servicio, los derechos y obligaciones, y las tasas de interés, precios o tarifas y la forma para determinarlos.
- g) Informar a los clientes sobre las consecuencias y alcances del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de tomadores, asegurados y beneficiarios, de acuerdo con la ley. A título de ejemplo tenemos la ausencia, reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo, la mora en el pago de la prima, el incumplimiento de garantías, etc.
- h) Abstenerse de hacer cobros no pactados o no informados previamente al consumidor financiero, de acuerdo con los términos establecidos en las normas sobre la materia, y tener a disposición de este los comprobantes o soportes de los pagos, transacciones u operaciones realizadas por cualquier canal ofrecido por la entidad vigilada. La conservación de dichos comprobantes y soportes deberá atender las normas sobre la materia.
- i) Abstenerse de realizar cobro alguno por concepto de gastos de cobranza prejudicial sin haberse desplegado una actividad real encaminada efectivamente a dicha gestión, y sin haber informado previamente al consumidor financiero el valor de los mismos. Las gestiones de cobro deben efectuarse de manera respetuosa y en horarios adecuados.
- j) Guardar la reserva de la información suministrada por el consumidor financiero y que tenga carácter de reservada en los términos establecidos en las normas correspondientes, sin perjuicio de su suministro a las autoridades competentes.
- k) Dar constancia del estado y/o las condiciones específicas de los productos a una fecha determinada, cuando el consumidor financiero lo solicite, de conformidad con el procedimiento establecido para el efecto, salvo aquellos casos en que la entidad vigilada se encuentre obligada a hacerlo sin necesidad de solicitud previa.
- l) Atender y dar respuesta oportuna a las solicitudes, quejas o reclamos formulados por los consumidores financieros, siguiendo los procedimientos establecidos para el efecto, las disposiciones consagradas en esta ley y en las demás normas que resulten aplicables.
- m) Proveer los recursos humanos, físicos y tecnológicos para que en las sucursales y agencias se brinde una atención eficiente y oportuna a los consumidores financieros.
- n) Permitir a sus clientes la consulta gratuita, al menos una vez al mes, por los canales que la entidad señale, del estado de sus productos y servicios.
- o) Contar en su sitio en Internet con un enlace al sitio de la Superintendencia Financiera de Colombia dedicado al consumidor financiero.
- p) Reportar a la Superintendencia Financiera de Colombia, en la forma que esta señale, el precio de todos los productos y servicios que se ofrezcan de manera masiva. Esta información deberá ser divulgada de manera permanente por cada entidad vigilada en sus oficinas y su página de Internet.
- q) Dar a conocer a los consumidores financieros, en los plazos que señale la Superintendencia Financiera de Colombia, por el respectivo canal y en forma previa a la realización de la operación, el costo de la misma, si lo hay, brindándoles la posibilidad de efectuarla o no.
- r) Disponer de los medios electrónicos y controles idóneos para brindar eficiente seguridad a las transacciones, a la información confidencial de los consumidores financieros y a las redes que la contengan.

- s) Colaborar oportuna y diligentemente con el Defensor del Consumidor Financiero, las autoridades judiciales y administrativas y los organismos de autorregulación en la recopilación de la información y la obtención de pruebas, en los casos que se requieran, entre otros, los de fraude, hurto o cualquier otra conducta que pueda ser constitutiva de un hecho punible realizada mediante la utilización de tarjetas crédito o débito, la realización de transacciones electrónicas o telefónicas, así como cualquier otra modalidad.
- t) No requerir al consumidor financiero información que ya repose en la entidad vigilada o en sus dependencias, sucursales o agencias, sin perjuicio de la obligación del consumidor financiero de actualizar la información que de acuerdo con la normatividad correspondiente así lo requiera.
- u) Desarrollar programas y campañas de educación financiera a sus clientes sobre los diferentes productos y servicios que prestan, obligaciones y derechos de estos y los costos de los productos y servicios que prestan, mercados y tipo de entidades vigiladas, así como de los diferentes mecanismos establecidos para la protección de sus derechos, según las instrucciones que para el efecto imparta la Superintendencia Financiera de Colombia.
- v) Las demás previstas en esta ley, las normas concordantes, complementarias, reglamentarias, las que se deriven de la naturaleza del contrato celebrado o del servicio prestado a los consumidores financieros, así como de las instrucciones que emita la Superintendencia Financiera de Colombia en desarrollo de sus funciones y los organismos de autorregulación en sus reglamentos.

TRAMITE PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro comuníquese lo más pronto posible con Mapfre Seguros Generales de Colombia a Mapfre si 24 horas en Bogotá al teléfono 3077024, en el Resto del País 018000519991 celular #624.

POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS

1. Dar aviso por escrito a la Aseguradora, de la ocurrencia del siniestro, indicando circunstancias de tiempo modo y lugar
2. Copia de la citación a audiencia de conciliación Extrajudicial y/o judicial
3. Copia del Auto admisorio de la demanda si existe.

PLAZOS Y FORMA DE ACREDITACIÓN DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA Y DERECHOS CUANDO LA COMPAÑÍA NO PAGUE

ARTÍCULO 1077 del Código de Comercio. <CARGA DE LA PRUEBA>. Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.

El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

ARTÍCULO 1080 del Código de Comercio. <PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS>.

El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo [1077](#). Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.

- Recuerde el Art. 1089 del Código de Comercio establece que la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés asegurado en el momento del siniestro ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario.
- Se presume valor real del interés asegurado el que haya sido objeto de un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. El asegurador podrá probar que el valor acordado excede notablemente el valor real del interés objeto del contrato, mas no que es inferior a él.
- La aseguradora tendrá la opción de pagar en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa asegurada de acuerdo al Art. 1110 del Código de Comercio.