

## CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO LA PREVISORA DDTE FANNY BUSTAMANTE GONZALEZ VS CLINICA STA SOFIA 2020-00011

Marisol Duque <marisolduque@ilexgrupoconsultor.com>

Lun 2/08/2021 2:39 PM

**Para:** Juzgado 03 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Buenaventura <j03ccbuenaventura@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**CC:** sarasaavedra@ilexgrupoconsultor.com <sarasaavedra@ilexgrupoconsultor.com>; joseries@ilexgrupoconsultor.com <joseries@ilexgrupoconsultor.com>; juanpablobernat <juanpablobernat@hotmail.com>; oficina1104@gmail.com <oficina1104@gmail.com>; admonsantasofia@cosmitet.net.co <admonsantasofia@cosmitet.net.co>; Notificación Coosalud EPS <notificacioncoosaludeps@coosalud.com>

 7 archivos adjuntos (2 MB)

POLIZA 1026897 4.pdf; POLIZA 1026897 5.pdf; POLIZA 1026897 6.pdf; POLIZA 1026897 11.pdf; RCP-006-3.pdf; rcp-006-4.pdf; 30571 CONTESTACION DDA FANNY BUSTAMANTE GONZALEZ VS CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA 2020-0011 BUENAVENTURA 1026897.pdf;

PROCESO RC  
DEMANDANTE FANNY BUSTAMANTE GONZALEZ  
DEMANDADO CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO  
LLAMADO EN  
GARANTIA LA PREVISORA SEGUROS S.A.  
RADICADO 2020-00011

Doctores, cordial saludo

Como apoderada de LA PREVISORA SEGUROS S.A. llamada en garantía dentro del proceso de la referencia, me permito allegar contestación a la demanda y al llamamiento dentro del término oportuno. Agradezco acuse de recibido

Cordialmente,

**MARISOL DUQUE OSSA**

Abogada

I Lex Grupo Consultor S.A.S.

Calle 11 nro. 1-07 oficina 610 – Edificio Jorge Garcés Borrero “JGB”

[marisolduque@ilexgrupoconsultor.com](mailto:marisolduque@ilexgrupoconsultor.com)

[www.ilexgrupoconsultor.com](http://www.ilexgrupoconsultor.com)

Santiago de Cali – Valle del Cauca - Colombia



Salva un árbol, no imprimas este mensaje a menos que realmente lo necesites. Before Printing Think in our Environment. **ES NUESTRA RESPONSABILIDAD CON EL MEDIO AMBIENTE, NUESTROS HIJOS LO AGRADECERÁN** ----- La información contenida en este mensaje solo interesa a sus destinatarios y está protegida por el derecho a la intimidad personal y corporativa, si ha llegado por error a su bandeja de correo agradecemos sea borrada, previo reenvío a su remitente. Gracias.

**Doctor**

**ERICK WILMAR HERREÑO PINZON**

**JUEZ TERCERO (03) CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DEL CIRCUITO**

Buenaventura (Valle del Cauca)

E. S. D.

Proceso REPARACION DIRECTA

Radicación **2020-0011**

#### **A. SUJETOS PROCESALES**

**DEMANDANTE: FANNY BUSTAMANTE GONZALEZ**

**DEMANDADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA  
Y OTROS**

**GARANTÍA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**MARISOL DUQUE OSSA**, abogada titulada, inscrita y en ejercicio, mayor y vecina de Santiago de Cali, identificada como aparece consignado al pie de mi firma, en mi condición de APODERADA ESPECIAL de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Sociedad de Economía Mixta de orden nacional, sometida al Régimen de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio en Bogotá, llamada en garantía dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito me permito dar contestación a la demanda y al llamamiento en garantía, dentro del traslado concedido en los siguientes términos:

#### **B. DE LA DEMANDA – FUNDAMENTOS DE HECHO**

**AL HECHO PRIMERO. NO SE ADMITE.** Conforme lo ha indicado el apoderado de la parte demandada (asegurada), no puede tenerse como cierto, por cuanto no obra constancia en la historia clínica de dicha atención.

La parte demandante deberá demostrar de manera fehaciente lo indicado, y para lo que guarde relación con el asunto debatido, en especial lo que tenga que ver con la entidad asegurada.

**AL HECHO SEGUNDO. NO SE ADMITE.** Conforme lo ha indicado el apoderado de la parte demandada (asegurada), no puede tenerse como cierto, por cuanto no obra constancia en la historia clínica de dicha atención.

La parte demandante deberá demostrar de manera fehaciente lo indicado, y para lo que guarde relación con el asunto debatido, en especial lo que tenga que ver con la entidad asegurada.

**AL HECHO TERCERO.** Teniendo en cuenta que se enuncian diferentes supuestos, se contestara el mismo así:

- a. **NO SE ADMITE.** Conforme lo ha indicado el apoderado de la parte demandada (asegurada), no puede tenerse como cierto el hecho del alta dada a la hoy demandante y su bebe, por cuanto no obra constancia en la historia clínica de dicha atención
- b. **SE ADMITE.** Lo que guarda relación con la atención posterior al nacimiento del recién nacido, de ello obra constancia en los documentos aportados por la asegurada.

**AL HECHO CUARTO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida.

**AL HECHO QUINTO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida. .

**AL HECHO SEXTO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida.

**AL HECHO SEPTIMO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida.

**AL HECHO OCTAVO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida, y la urgencia dada al tema.

**AL HECHO NOVENO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida, y la urgencia dada al tema.

**AL HECHO DECIMO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida, y la urgencia dada al tema.

Se evidencia que la asegurada realizo todo lo que se encontraba a su alcance para lograr estabilizar al paciente, esperando el traslado por parte de COOSALUD.

**AL HECHO DECIMO PRIMERO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida, y la urgencia dada al tema.

**AL HECHO DECIMO SEGUNDO. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA.** Sin embargo está determinada en la historia clínica, el lamentable fallecimiento del menor.

**AL HECHO DECIMO TERCERO. SE ADMITE.** Conforme obra constancia en la historia clínica fue atendido el menor de un día de nacido, por los síntomas referidos, brindándosele la atención requerida, y la urgencia dada al tema.

**AL HECHO DECIMO CUARTO. NO SE ADMITE.** Lo indicado en este hecho no es cierto, las intervenciones del personal adscrito a la entidad asegurada constan en la historia clínica, la manifestación plasmada en este hecho es totalmente subjetiva e impertinente.

**AL HECHO DECIMO QUINTO. NO SE ADMITE.** Lo indicado en este hecho no es cierto, las intervenciones del personal adscrito a la entidad asegurada constan en la historia clínica, la manifestación plasmada en este hecho es totalmente subjetiva e impertinente.

**AL HECHO DECIMO SEXTO.** En los términos subjetivos narrados, **NO SE ADMITE.** Lo indicado en este hecho no es cierto, las intervenciones del personal adscrito a la entidad asegurada constan en la historia clínica, la manifestación plasmada en este hecho es totalmente subjetiva e impertinente.

**AL HECHO DECIMO SEPTIMO. NO SE ADMITE.** Lo indicado en este hecho no es cierto, las intervenciones del personal adscrito a la entidad asegurada constan en la historia clínica, la manifestación plasmada en este hecho es totalmente subjetiva e impertinente.

**AL HECHO DECIMO OCTAVO. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA.**

Lo indicado en este hecho no le consta a mí representada, se reitera en la historia clínica aportada consta la adecuada atención brindada al paciente.

**AL HECHO DECIMO NOVENO . NO SE ADMITE.** Lo indicado en este hecho no es cierto, las intervenciones del personal adscrito a la entidad asegurada constan en la historia clínica, la manifestación plasmada en este hecho es totalmente subjetiva e impertinente.

**AL HECHO VEINTE. NO SE ADMITE.** Lo indicado en este hecho no es cierto, las intervenciones del personal adscrito a la entidad asegurada constan en la historia clínica, la manifestación plasmada en este hecho es totalmente subjetiva e impertinente.

### **C. A LAS PRETENSIONES**

Se opone mi representada a todas y cada una de las pretensiones contenidas en la demanda por cuanto corresponden a conjeturas, apreciaciones subjetivas que carecen de respaldo fáctico y jurídico.

Conforme la historia clínica que obra en el plenario, y lo indicado expresamente por los demandados, la atención recibida por el paciente fue idónea para el evento sufrido, por el evento por el cual consulto, siguiéndose los protocolos para la atención de dicho evento, el personal médico actuó de manera adecuada y presto todo su conocimiento y pericia para atender al paciente, por parte de la institución.

En general nos oponemos a las pretensiones de la demanda, y además, en lo que tiene que ver con la cuantificación de las pretensiones, en gracia de discusión (ello en virtud que la responsabilidad no está acreditada), teniendo en cuenta esencialmente que la estimación de los mismos no es razonada, y se reitera no tiene fundamento fáctico ni jurídico su solicitud.

Debe tenerse en cuenta, en este caso específico, que la parte demandante realiza conjeturas respecto de la ocurrencia del evento, claro está, como se indica en la historia clínica, que efectivamente se le brindó al menor toda la atención requerida, siguiéndose adecuadamente el protocolo previsto para estos casos, de un análisis adecuado de la historia clínica, se evidencia sin asomo de dudas que la atención

brinda fue adecuada y oportuna. No existe un nexo causal que pueda establecerse entre la conducta del personal médico y administrativo y el lamentable fallecimiento del menor.

**FRENTE A LA PRETENSION PRIMERA. SE OPONE MI REPRESENTADA A LA MISMA** De la historia clínica aportada, puede verificarse la atención adecuada brinda al menor recién nacido, no existió negligencia alguna por parte de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO, no podría establecerse solidaridad alguna con una eventual responsabilidad de los codemandados.

**FRENTE A LA PRETENSION FORMULADA COMO LUCRO CESANTE. SE OPONE MI REPRESENTADA A LA MISMA** Con similares consideraciones a las indicadas en la oposición anterior, por cuanto no puede predicarse responsabilidad en cabeza de la entidad demandada.

No existe certeza respecto de las suma solicitada por la hoy demandante (en lo que guarda relación con el lucro cesante), que no tienen sustento como pasara a demostrarse en el periodo probatorio respectivo.

**FRENTE A LA PRETENSION FORMULADA COMO PERJUICIO MORAL.** Con similares consideraciones a las indicadas en las oposiciones anteriores, por cuanto no puede predicarse responsabilidad en cabeza de la entidad demandada, la entidad brindo la atención adecuada al menor, quien llego a la institución en delicadas condiciones, pese al esfuerzo del personal médico adscrito a la misma o pudo salvaguardarse su vida, no hay nexo causalidad que pueda imputar responsabilidad a la asegurada.

Sumado a ello, no se ha acreditado con certeza los presuntos perjuicios sufridos.

### **OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

Desde ya presentamos nuestra objeción frente a los perjuicios solicitados, de conformidad con lo previstos en el artículo 211 del CPC – ARTÍCULO 206 del CGP.

Como consecuencia de todo lo anterior, le solicito a la Señora Juez que, previo el trámite legal, se absuelva a la parte demandada (asegurada) y consecuencialmente a mi mandante de todas las pretensiones formuladas por la parte actora y por el contrario se le condene al pago de las costas que genere el presente proceso en los términos descritos en el Acuerdo 1887 de 2003, proferido por el Consejo

Superior de la Judicatura en virtud de las facultades otorgadas por el artículo 43 de la Ley 794 de 2003.

Declárense entonces probadas las excepciones de mérito que a continuación paso a sustentar:

## **D. EXCEPCIONES**

### **PRINCIPALES**

#### **1. INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO MEDICO**

Como se ha venido indicando y como obra constancia en la historia clínica que obra en el plenario, la atención brindada al menor YOSTIN ESTEBAN BUSTAMANTE GONZALEZ (q.e.p.d.) fue la adecuada, conforme los protocolos y experticia del personal médico adscrito a la clínica.

No existe prueba alguna que pueda si quiera indicar alguna falla, la causa eficiente del lamentable fallecimiento del menor, fueron las condiciones previas a su ingreso a la clínica, no obstante el personal médico brindo toda su capacidad para intentar salva guardar la vida del menor. Los fundamentos de la parte actora, con el mayor respeto, son meras especulaciones, argumentos subjetivos, se reitera se cumplieron los protocolos necesarios para la atención del paciente; su condición preexistente de salud y el cuadro que presentó posteriormente.

Se reitera al paciente a pesar de su situación clínica previa al ingreso a la Clínica Santa Sofía del Pacifico, se le brindo la atención médica requerida, agotando tanto los recursos humanos como técnicos para su condición.

#### **2. INEXISTENCIA DE PRESUPUESTOS QUE CONFIGURAN RESPONSABILIDAD MEDICA**

Contrario a lo expuesto por la parte demandante, no existe prueba de alguna circunstancia que pueda predicar alguna responsabilidad en cabeza de la entidad asegurada.

Es claro que la atención recibida desde el ingreso del menor fue la adecuada conforme al padecimiento con el que ingreso, y en las posteriores atenciones, con

total seguimiento de los protocolos médicos previstos, y se le brindó la atención requerida y adecuada, circunstancia que se evidencia en la historia clínica aportada en el plenario, donde consta la probidad, oportunidad e idoneidad con que fue atendida el paciente.

No existe prueba alguna de elementos que puedan indicar una indebida atención médica, ningún elemento que pueda servir para estructurar algún tipo de responsabilidad.

### **3. ROMPIMIENTO DEL NEXO CAUSAL POR DILIGENCIA Y CUIDADO MEDICO POR PARTE DEL PERSONAL DE LA CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO**

Jurisprudencial y doctrinariamente se ha determinado la estructura de la responsabilidad civil como se ha indicado precedentemente, es así pues, como el demandado puede exonerarse de la responsabilidad demostrando una circunstancia que rompe el nexo causal. Para el caso en cuestión la atención médica se ha dado dentro del contexto del arte médico, cumpliendo cabalmente con los protocolos, otra situación que se torna irresistible para el actuar del personal médico son los riesgos inherentes a la actividad médica propiamente dicha, sí que pueda predicarse que los procedimientos efectuados hayan sido la causa eficiente del fallecimiento del paciente.

Fundamentada la misma, en que para que pueda configurarse la responsabilidad, entre el hecho y el daño, debe existir una relación de causa y efecto, una relación directa entre el hecho y el daño, que el hecho imputable sea el causante directo e indiscutible del daño.

En el asunto debatido, brilla por su ausencia el nexo causal que se pretende discutir, en cabeza de la Clínica Santa Sofía del Pacífico, en lo que se relaciona directamente con dicha entidad, conforme a la historia clínica aportada, es claro que se le prestó al paciente, toda la atención que su condición requería, bajos los protocolos y parámetros previstos para el servicio en la Clínica, conforme a la condición médica que presentaba, realizando las intervenciones necesarias pese a lo avanzado de su mal estado de salud.

#### 4. INEXISTENCIA DE OBLIGACION POR AUSENCIA DE CULPA

No puede predicarse responsabilidad en cabeza de la entidad asegurada, no tiene fundamento factico y menos aún jurídico tal solicitud, como ha venido de indicarse el proceder del personal médico que atendió al paciente, fue idóneo, y en cumplimiento de los protocolos previstos para tal fin. Y debe tenerse en cuenta que además fueron emitidas las ordenes necesarias para que fuera atendida debidamente.

#### 5. LA GENÉRICA O ECUMÉNICA

Sírvase Señor Juez declarar las excepciones de fondo que resulten debidamente probadas, aunque no hayan sido alegadas, de conformidad con el principio *lura Novit Curia* (Es una aforismo [latino](#), que significa literalmente “el [juez](#) conoce el [derecho](#)”, utilizado en derecho para referirse al principio de [derecho procesal](#) según el cual el juez conoce el derecho aplicable y, por tanto, no es necesario que las partes prueben en un [litigio](#) lo que [dicen](#) las [normas](#)).

### SUBSIDIARIAS

#### 1. INEXISTENCIA DE LA PRUEBA DEL PERJUICIO

No se ha determinado con certeza la existencia de los perjuicios que aparentemente han sufrido los demandantes. Para que el perjuicio sea indemnizable debe tener una característica fundamental: **LA CERTEZA**. Su Señoría, no se trata solo de “*contar*” y “*pedir*”, se trata realmente de estructurar la verdadera dinámica de un proceso judicial, esto es, probar, sustentar lo dicho.

En este orden de ideas, no es ni remotamente posible que se condene al pago de perjuicios que no gozan de certeza, y si se hiciera tal condena habría sin duda alguna un enriquecimiento sin causa.

El doctrinante Juan Carlos Henao Pérez señala como reglas básicas de presunto perjuicio, entre otras, que “*El daño debe ser probado por quién lo sufre, so pena de que no proceda su indemnización.*” En general el daño, debe ser probado –

debidamente acreditado- por quien reclama su reparación. (El Daño. Editorial Universidad Externado de Colombia. 1998).

En el mismo sentido cabe anotar que la Jurisprudencia Colombiana, invocando el artículo 167 del C.G.P., ha sido enfático en afirmar que el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen y la acción de responsabilidad (o reparación como se aduce por la naturaleza jurídica de la demandada) no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicha norma jurídica. Es claro que los elementos que integran el daño son conocidos plenamente por la presunta perjudicada, por aquel que lo ha sufrido, por ende a él le corresponde obviamente poner de presente los medios conducentes para conocer su existencia y extensión.

No basta que la parte actora haga afirmaciones sobre la existencia de sus perjuicios, echando de menos que los mismos deben tener relación directa con la presunta falla, para que los mismos surjan debe tener el nexo causal y deben estar plenamente acreditados y sustentados.

En el mismo sentido se pronuncia Javier Tamayo Jaramillo en su obra de la Responsabilidad Civil de los Perjuicios y su Indemnización, al expresar: *“Los perjuicios morales subjetivados igual que lo materiales deben, parecer demostrados procesalmente. Si bien su cuantificación económica es imposible, dada la naturaleza misma del daño, lo cierto es que su intensidad es perfectamente demostrable”*.

## **2. EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS**

Es claro que el pedido de los demandantes es exagerado, excesivo, ya que contraría las reglas propias de su definición, tal como puede inferirse a manera de ejemplo en sentencia del 15 de abril de 2009, radicado 08001-3103-005-1995-10351-01 proferida por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, a saber:

*“En torno al perjuicio moral es de recordar que su indemnización no obedece a un criterio compensatorio, desde luego que la vida humana es inconmensurable, sino a uno satisfactorio, destinado a mitigar en lo posible la enorme pena que en el fondo queda ante la ausencia de un ser amado, razón por la cual en su apreciación han de considerarse el dolor de quien lo sufre, la intensidad de su congoja, la cercanía*

*con el ser perdido, entre otras cosas, para, con cimientto en la equidad, arribar al más justo valor, distante por lo general de la matemática exactitud con que se escruta el daño material. Acúdesese entonces al denominado arbitrium judicis en virtud de la imposibilidad de entregar su tasación a peritos, arbitrio que, es evidente, no corresponde con la idea de lo antojadizo, sino, contrariamente, con la de lo racional y lo ponderado.”*

Lo anterior permite concluir:

- El arbitrio judicial es el protagonista en la tasación del perjuicio moral
- El valor que se tase tiene como única finalidad mitigar el presunto perjuicio sufrido. No es sólo afirmar que se tiene el mismo, o un parentesco con quien presuntamente lo sufrió.

Respecto a los perjuicios morales solicitados, en primer término, no tienen sustento factico y menos aún probatorio, y en segundo lugar y revistiendo esencial importancia para el asunto objeto de estudio, son exagerados y se alejan de los parámetros de tasación previsto por el Consejo de Estado en Sentencia **68001-23-15-000-1999-00606-01(20861)** de octubre 19 de 2011, **Consejero ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA**, valga indicar:

*“...en cuanto al tercero, esto es la proporcionalidad en estricto sentido, con el test se busca que se compensen razonable y ponderadamente los sufrimientos y sacrificios que implica para la víctima (víctimas) la ocurrencia del dolor, aflicción, pesar, apego, ansiedad, desasosiego, tristeza, respeto a la dignidad y valoración de las relaciones propias al núcleo familiar de la víctima, como convivencia, cercanía sentimental y apego, y su desdoblamiento, sin que se produzca una ruptura de los mandatos de prohibición de exceso y prohibición de defecto<sup>[1]</sup>.*

## **E. RESPUESTA AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS EN QUE SE FUNDA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

---

<sup>[1]</sup> Consejo de Estado; Rad: 68001-23-15-000-1999-00606-01(20861) de octubre 19 de 2011, Consejero ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa

**FRENTE AL HECHO 1. SE ADMITE,** De ello obra constancia en los documentos aportados con la contestación y el escrito de llamamiento.

Al respecto además, deben tenerse presente los límites, condiciones, valor asegurado y vigencia que llegue a afectarse; el amparo asegurado, los límites (por año y por evento o persona), así como el deducible concertado; porque solo de allí es de donde emergen las obligaciones de mi representada. En especial lo que guarda relación con las pólizas que operan bajo la modalidad Claims Made.

**FRENTE AL HECHO 2. SE ADMITE,** Al respecto además, deben tenerse presente los límites, condiciones, valor asegurado y vigencia que llegue a afectarse; el amparo asegurado, los límites (por año y por evento o persona), así como el deducible concertado; porque solo de allí es de donde emergen las obligaciones de mi representada. En especial lo que guarda relación con las pólizas que operan bajo la modalidad Claims Made, pues para la fecha de reclamación no existían pólizas que afectar.

**FRENTE AL HECHO 3. SE ADMITE.** De ello obra constancia en los documentos aportados con la demanda.

**FRENTE AL HECHO 4. NO SE ADMITE,** Al respecto además, deben tenerse presente los límites, condiciones, valor asegurado y vigencia que llegue a afectarse; el amparo asegurado, los límites (por año y por evento o persona), así como el deducible concertado; porque solo de allí es de donde emergen las obligaciones de mi representada. En especial lo que guarda relación con las pólizas que operan bajo la modalidad Claims Made, pues para la fecha de reclamación no existían pólizas que afectar. Si bien la reclamación se efectuó al asegurado, éste no cumplió con su obligación contractual de dar aviso a mi representada, por lo que no es posible tener tan reclamación presentada a mi representada, quien solo hasta la notificación de este llamamiento es enterada del evento, es decir, la reclamación se presentó en Julio de 2021, fecha para la cual no se encuentra póliza que afectar.

**FRENTE AL HECHO 5. NO SE ADMITE.** Si bien se hace una transcripción de los extremos contractuales derivados de la suscripción del contrato de seguro visible en la póliza 1026897, también lo es que la reclamación aludida en el objeto del seguro y en las condiciones, refiere a aquella que se haga a la aseguradora, si se realizó reclamación directa al asegurado, este en virtud de las condiciones vigentes debió dar aviso oportuno del siniestro a fin de que la reclamación efectivamente se tuviera dentro de la vigencia de la póliza. Distinto sería que a mi representada se le hubiera citado a la diligencia de conciliación

prejudicial porque de esta forma se le hubiere efectuado la reclamación en término oportuno.

Deben tenerse presente los límites, condiciones, valor asegurado y vigencia que llegue a afectarse; las condiciones previstas en el contrato de seguro, su tomador, asegurado, las obligaciones del asegurado. En especial que esta póliza opera bajo la modalidad de seguro CLAIMS MADE

**FRENTE AL HECHO 6. NO SE ADMITE.** Tal y como viene de indicarse, no podría tenerse por cierto este hecho, ya que la póliza que se pretende afectar opera bajo la modalidad Claims Made, estipulándose la obligación para el asegurado de avisar a la aseguradora de cualquier reclamación que se hiciera que pudiera la misma, es decir no basta con que el tercero reclame al asegurado y este guarde silencio hasta la vinculación vía judicial, por cuanto allí tendría que sujetarse a una futura vigencia, y si esta no existiere no podría afectar la póliza, pues es necesario que al momento de la reclamación se encuentre vigente la póliza. Distinto sería o bien que el tercero hubiere reclamado directamente a la compañía o bien que el asegurado hubiere citado a la audiencia prejudicial a la compañía, o que efectuada la reclamación del tercero al asegurado, este hubiere comunicado dentro del término de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones SEPTIMA Y OCTAVA.

Deben tenerse presente los límites, condiciones y vigencia que llegue a afectarse; las condiciones previstas en el contrato de seguro, su tomador, asegurado, las obligaciones del asegurado. En especial que esta póliza opera bajo la modalidad de seguro CLAIMS MADE

## **F. OPOSICIÓN**

Solicito que en el momento de entrar a resolver sobre la relación contractual que existe entre la entidad llamante y **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, se circunscriba a los términos, condiciones y exclusiones del contrato de seguro de responsabilidad civil contenida en la póliza número 1026897 vigente al momento de producirse el presunto siniestro y de la reclamación, siempre y cuando el asegurado haya cumplido cabalmente sus obligaciones, no haya violado prohibiciones que le imponen el contrato y la ley, y no se encuentre en alguna de las exclusiones previstas en las condiciones (clausulas) que rigen del contrato de seguro.

No siendo posible acceder a las pretensiones relacionadas en el escrito de llamamiento, por lo que desde ya presento excepciones al mismo.

## **G. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO**

### **PRINCIPALES**

#### **1. FALTA DE AMPARO**

Analizado la póliza que se pretende afectar, la misma opera bajo la modalidad Claims Made, es decir que el contrato de seguro ampara los hechos **reclamados y notificados** por primera vez durante la vigencia de la póliza, tal como se expresa en el siguiente texto, el cual hace parte de las condiciones generales:

“PREVISORA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A U TERCERO EN RAZON A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER “ACTO MEDICO” DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCION EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HASTA EL LIMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPORESAMENTE EXCLUIDOS)”

#### **CONDICIONES PARTICULARES**

##### **OBJETO DEL SEGURO**

“Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza”

Así las cosas, no podría tener lugar la afectación de la póliza en los términos indicados, teniendo en cuenta que la reclamación efectuada por el tercero a la entidad asegurada (vía notificación audiencia prejudicial), no fue notificada, no se dio aviso del evento en los términos estipulados en el contrato de seguro, dicho aviso se dio tan sólo mediante la vinculación procesal que nos ocupa, 4 años después de que el asegurado tuvo conocimiento directo del evento.

El tercero no vinculó directamente a LA PREVISORA SEGUROS, ni la entidad dio aviso oportuno del siniestro dentro de la vigencia de la póliza.

Lo anterior tiene sustento jurídico en el artículo 4 de la ley 389 de 1997, en los siguientes términos

“Reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación”, teniendo en cuenta lo anterior, lo relevante en las pólizas que presentan la modalidad de claims made no es si el hecho generador de la responsabilidad se dio durante la vigencia del contrato de seguro, sino que la reclamación del mismo se formule al asegurado, durante la vigencia de la póliza contratada, según lo acordado por las partes teniendo como fin esta modalidad cubrir los perjuicios que se hubiesen ocasionado por hechos acontecidos en un periodo anterior o en vigencia de la póliza, pero que en todo caso su reclamación se de en vigencia del seguro, aplicándose esta modalidad a la mayoría de las pólizas de responsabilidad médica. .

Así las cosas, en lo que se refiere a las pólizas de responsabilidad civil médica, modalidad Claims Made, se tiene que la fecha del siniestro era la fecha de reclamación y no el hecho generador de la responsabilidad civil. En este orden de ideas se tendrá como fecha de la reclamación aquella en que se dé una reclamación extrajudicial, o en su defecto la fecha de celebración de la audiencia prejudicial a la que fue citado el asegurado o a la fecha de la notificación de la demanda, según el caso.

**Las pólizas en modalidad claims made donde no se exige que el evento haya ocurrido durante la vigencia, si no que la reclamación se presente durante la misma.**

En este caso se pactó expresamente por las partes que, la reclamación deben estar dentro de la vigencia de la póliza que se pretende afectar, circunstancia que no se da en el asunto objeto de estudio, en donde no se aporta ni se pretende afectar póliza alguna en vigencia de esta reclamación, por tanto NO HAY AMPARO que afectar.

## **2. PERDIDA DEL DERECHO POR INCUMPLIMIENTO DE GARANTIAS /**

La condición **SEGUNDA** garantías del asegurado, establece expresamente la obligación del asegurado, entre otras cumplir entre otras 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 de actividad.

Lo anterior, sin que implique reconocimiento alguno de parte de esta defensa o reconocimiento alguno de parte de la entidad asegurada, pero conforme los hechos relatados en el escrito de la demanda y lo estipulado en la contestación que de la demanda hiciere el apoderado de la CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO, en caso de que el Despacho pudiera verificar inconsistencias en la historia clínica allegada, que puedan evidenciar la no atención del paciente, o el no manejo adecuado de la historia clínica, de no cumplirse no podría reconocerse ningún tipo de afectación a la póliza en mención, ante el incumplimiento de garantías NO HABRÍA AMPARO QUE AFECTAR

La condición **OCTAVA** del contrato de seguro que viene de referirse ha establecido que en caso de reclamo el asegurado se obliga a notificar a PREVISORA, por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a partir del momento en que el asegurado haya sido informado de tal reclamo. (...)

Periodo extendido en condiciones particulares a 30 días-

A renglón seguido la condición **DECIMA CUARTA** indica que : **EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIOS PERDERAN EN FORMA TOTAL LOS DERECHOS QUE SE DERIVEN DE ESTA POLIZA EN LOS SIGUIENTES CASOS:**

A. **(...)**

B. **POR INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS EXIGIDAS AL ASEGURADO EN ESTA POLIZA**

**Por su parte la CLAUSULA DECIMA PRIMERA, dispone la obligación del asegurado de dar aviso fehaciente a LA PREVISORA de la demanda promovida, a más tardar al día hábil siguiente de haber recibido la notificación.**

**Obligación incumplida por el asegurado.**

### **3. SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES, AMPAROS , LIMITES Y EXCLUSIONES DE LA POLIZA**

- **DEDUCIBLE**
- **LIMITE ASEGURADO VIGENCIA/EVENTO:**

En caso de condena la Compañía de Seguros, reparará el perjuicio hasta la cuantía vigente como valor asegurado, para la época del siniestro y de acuerdo con la derivación del perjuicio contenido en las condiciones bien por vigencia, bien por evento. Es decir, si la cantidad asegurada y pagada efectivamente no satisface en su totalidad el valor del perjuicio sufrido, el saldo deberá ser cubierto por el asegurado.

- **SUBLIMITE DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES**
- **CUANTIFICACIÓN DEL PERJUICIO:**

-Será fundamental que el reclamante acredite el monto de los perjuicios sufridos para tener derecho a una indemnización además, porque así lo dispone la ley<sup>1</sup>, y lo reitera también la jurisprudencia según sentencia del 20 de enero de 2001 Magistrado Ponente José Fernando Ramírez Gómez, radicado número 5507, a saber:

*“(...) Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se*

---

<sup>1</sup> **Artículo 1077.\_** 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.

*explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa. Pero es precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones debidas, donde no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto, pues los habrá donde el onus probandi permanezca inmodificable, o donde sea dable hacer actuar presunciones judiciales, como aquellas que en ocasiones referenciadas ha tenido en cuenta la Corte, pero también aquellos donde cobre vigencia ese carácter dinámico de la carga de la prueba, para exigir de cada una de las partes dentro de un marco de lealtad y colaboración, y dadas las circunstancias de hecho, la prueba de los supuestos configurantes del tema de decisión. Todo, se reitera, teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado de la técnica, complejidad de la intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, pues no de otra manera, con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico (lex artis).”*

Lo anterior Su Señoría, sin perjuicio de la verificación que ejecuta el operador jurídico.

#### **1. EXCLUSIONES ABSOLUTAS**

2.1 (...)

2.2 (...)

2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD”

.

#### **4. INEXISTENCIA DE AMPARO DERIVADA DE LA EXCLUSION**

##### **EXCLUSIONES ABSOLUTAS**

Desde ya debe tenerse en cuenta las disposiciones contractuales suscritas por las partes, es este caso particular lo que guarda relación con las descritas en dicho acápite y que a continuación se transcriben, en especial aquellas que guardan relación con alguna presunta responsabilidad dolosa o incumplimientos respecto de la historia clínica allegada, sin que lo anterior implique reconocimiento alguno o señalamiento a la asegurada, en caso de que la parte demandante lograra demostrar dolo y/o culpa grave en la prestación del servicio de salud.

## **EXCLUSION ABSOLUTA**

**2.11 LA PROVOCAION INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE**

## **LIMITE DE COBERTURA POR ACTO MEDICO - CONDICION TERCERA**

### **CLAUSULA DECIMA SÉPTIMA SUBROGACIÓN**

#### **5. DEDUCIBLE**

Debe tenerse en cuenta el deducible pactado

#### **6. AGOTAMIENTO DEL VALOR ASEGURADO POLIZA**

Se sustenta esta excepción en el hecho, que a través del contrato de seguro, mi representada podría asumir una carga patrimonial, de acuerdo con el valor asegurado y las coberturas contratadas, pero dicha carga debe estar íntimamente ligada a otras contingencias que hayan ocurrido y que lleguen a involucrar la responsabilidad del ente accionado, y que pudieren afectar no solo la misma vigencia relacionada con este proceso judicial, sino también el valor o tope de valor asegurado pactado, ya que en la medida en que se vayan causando erogaciones o afectaciones al mismo, así mismo, se va disminuyendo dicho valor asegurado, por no operar el restablecimiento de la suma asegurada.

#### **7. INDEBIDA CUANTIFICACIÓN DEL PERJUICIO**

La indemnización refiere necesariamente a un daño efectivamente causado, sin que pueda ser óbice de enriquecimientos soterrados, partiendo del principio resarcitorio y no de lucro. No puede olvidarse que los perjuicios pretendidos no sólo deben ser cuantificados sino además cualificados para que tengan asidero en la realidad material.

La estimación del daño no puede corresponder a una cifra que aleatoria y caprichosamente sea estimada por la parte accionante, debe por lo tanto ser sustentada con pruebas, como viene de referirse.

## 8. INEXISTENCIA DE LA PRUEBA DEL PERJUICIO

De conformidad con lo previsto por el artículo 167 del Código General del Proceso, la parte demandante debe probar fehacientemente los hechos respecto de los cuales fundamenta la solicitud de resarcimiento de perjuicios o reconocimiento de derechos jurídicamente previstos, debe entonces probarse el daño para que pueda proceder el reconocimiento de la indemnización que se pretende, en caso contrario, el simple anuncio de eventuales perjuicios irrogados, no constituye razón jurídica suficiente para reconocerlos, máxime porque en la jurisdicción administrativa no es posible aplicar principios procesales de ultrapetita o extrapetita.

Es la parte demandante, la encargada de demostrar la existencia de los presuntos perjuicios causados; es de su resorte aportar todas las pruebas que den lugar a demostrar que efectivamente se ha causado un daño y que del mismo deriva el perjuicio pretendido.

-Será fundamental que el reclamante acredite el monto de los perjuicios sufridos para tener derecho a una indemnización además, porque así lo dispone la ley<sup>2</sup>, y lo reitera también la jurisprudencia según sentencia del 20 de enero de 2001 Magistrado Ponente José Fernando Ramírez Gómez, radicado número 5507, a saber:

*“(...) Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa. Pero es precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones*

---

<sup>2</sup> **Artículo 1077.**\_ 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.

*debidas, donde no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto, pues los habrá donde el onus probandi permanezca inmodificable, o donde sea dable hacer actuar presunciones judiciales, como aquellas que en ocasiones referenciadas ha tenido en cuenta la Corte, pero también aquellos donde cobre vigencia ese carácter dinámico de la carga de la prueba, para exigir de cada una de las partes dentro de un marco de lealtad y colaboración, y dadas las circunstancias de hecho, la prueba de los supuestos configurantes del tema de decisión. Todo, se reitera, teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado de la técnica, complejidad de la intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, pues no de otra manera, con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico (lex artis).”*

Lo anterior Su Señoría, sin perjuicio de la verificación que ejecuta el operador jurídico.

## **9. INDEBIDA CUANTIFICACIÓN DEL PERJUICIO**

La indemnización refiere necesariamente a un daño efectivamente causado, sin que pueda ser óbice de enriquecimientos soterrados, partiendo del principio resarcitorio y no de lucro. No puede olvidarse que los perjuicios pretendidos no sólo deben ser cuantificados sino además cualificados para que tengan asidero en la realidad material.

La estimación del daño no puede corresponder a una cifra que aleatoria y caprichosamente sea estimada por la accionante, debe por lo tanto ser sustentada con pruebas, como viene de referirse. La parte demandante se limita a enunciar unos presuntos perjuicios para el amplio grupo familiar, pero no sustentan con claridad y veracidad los mismos.

## **10. INEXISTENCIA DE LA PRUEBA DEL PERJUICIO**

De conformidad con lo previsto por el artículo 167 del Código General del Proceso, la parte demandante debe probar fehacientemente los hechos respecto de los cuales fundamenta la solicitud de resarcimiento de perjuicios o reconocimiento de derechos jurídicamente previstos, debe entonces probarse el daño para que pueda proceder el reconocimiento de la indemnización que se pretende, en caso contrario, el simple anuncio de eventuales perjuicios irrogados, no constituye razón jurídica suficiente para reconocerlos, máxime porque en la jurisdicción administrativa no es posible aplicar principios procesales de ultrapetita o extrapetita.

Es la parte demandante, la encargada de demostrar la existencia de los presuntos perjuicios causados; es de su resorte aportar todas las pruebas que den lugar a demostrar que efectivamente se ha causado un daño y que del mismo deriva el reconocimiento de unos perjuicios, se reitera entonces, si el demandante no aporta pruebas fehacientes del daño y de sus consecuencias materiales, se hace imposible para el fallador reconocer indemnización alguna.

Así pues, respecto al perjuicio moral, la relación causa-efecto (presunto daño-presunto perjuicio inmaterial de los demandantes-) debe ser plenamente acreditada y no surgir de una mera elucubración.

En resumen, a la parte demandante le es exigible **la prueba del daño y la relación de causa entre éste y el actuar del demandado**, situación que no está acreditada, tal como pasará a precisarse en el debate probatorio.

## **11. LA GENÉRICA.**

Sírvase Señor Juez declarar las excepciones de fondo que resulten debidamente probadas, aunque no hayan sido alegadas, de conformidad con el principio lura Novit Curia (Es una aforismo latino, que significa literalmente “el juez conoce el derecho”, utilizado para referirse al principio de derecho procesal, según el cual el juez conoce el derecho aplicable y, por tanto, no es necesario que las partes prueben en un litigio lo que dicen las normas)

## **H. PRUEBAS**

### **1. INTERROGATORIO DE PARTE**

Sírvase su Señoría, citar a los demandantes, para que absuelvan interrogatorio que les formularé verbalmente o en pliego escrito que presentaré al Despacho para la correspondiente audiencia, y que versará sobre los hechos y pretensiones de la demanda.

### **2. DOCUMENTAL**

- Las que ya obran en el expediente.

Manifiesto mi interés en intervenir en las pruebas solicitadas por la parte demandante y por quien haya de ser vinculado como sujeto pasivo.

### **3. ANEXOS**

- Las anunciadas como pruebas documentales (excepto las que obran en el expediente)

### **4. DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES**

Mi representada: en la Secretaría del Despacho o en la Calle 10 No. 4-47 piso 8 de Santiago de Cali (Valle del Cauca)

La suscrita apoderada: móvil 3104287290

Conforme lo establece el CPACA y el CGP recibiré notificaciones judiciales, estados y actuaciones en [marisolduque@ilexgrupoconsultor.com](mailto:marisolduque@ilexgrupoconsultor.com)

Con el acostumbrado respeto,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marisol', with a large circular flourish at the beginning and several loops extending to the right.

**MARISOL DUQUE OSSA**

C.C.# 43.6196.421 de Medellín (Antioquia)

T.P.# 108.848 del C.S. de la J.



## 13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

|                                                                             |                              |                     |                      |                      |            |                                       |          |      |       |                                            |                |      |       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|------------|---------------------------------------|----------|------|-------|--------------------------------------------|----------------|------|-------|-----|
| SOLICITUD<br>DÍA<br>29<br>MES<br>5<br>AÑO<br>2014                           | CERTIFICADO DE<br>RENOVACION | N° CERTIFICADO<br>4 | CIA. PÓLIZA LÍDER N° | CERTIFICADO LÍDER N° | A.P.<br>NO |                                       |          |      |       |                                            |                |      |       |     |
| TOMADOR 2757603-CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                      |                              |                     |                      | NIT 900.228.989-3    |            |                                       |          |      |       |                                            |                |      |       |     |
| DIRECCIÓN CL 9 CL 9 42 - 115 CALLE 9 B NO 42, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA |                              |                     |                      | TELÉFONO 4882020     |            |                                       |          |      |       |                                            |                |      |       |     |
| ASEGURADO 2757603-CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                    |                              |                     |                      | NIT 900.228.989-3    |            |                                       |          |      |       |                                            |                |      |       |     |
| DIRECCIÓN CL 9 CL 9 42 - 115 CALLE 9 B NO 42, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA |                              |                     |                      | TELÉFONO 4882020     |            |                                       |          |      |       |                                            |                |      |       |     |
| EMITIDO EN BOGOTA                                                           | CENTRO OPER                  | SUC.                | EXPEDICIÓN           |                      |            |                                       | VIGENCIA |      |       |                                            | NÚMERO DE DÍAS |      |       |     |
| MONEDA Pesos                                                                |                              |                     | DÍA                  | MES                  | AÑO        | DÍA                                   | MES      | AÑO  | A LAS | DÍA                                        | MES            | AÑO  | A LAS |     |
| TIPO CAMBIO 1.00                                                            | 3202                         | 32                  | 29                   | 5                    | 2014       | 30                                    | 5        | 2014 | 00:00 | 30                                         | 5              | 2015 | 00:00 | 365 |
| CARGAR A: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                            |                              |                     |                      |                      |            | FORMA DE PAGO<br>9. PAGO A LOS 60 DIA |          |      |       | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ 500,000,000.00 |                |      |       |     |

Riesgo: 1 -  
CALLE 9B NO 42-115 B/CAMBULOS, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

| No. | Amparo                                                           | Valor Asegurado | AcumVA  | Prima         |
|-----|------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|---------------|
| 1   | ** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP                         | 500,000,000.00  | NO      | 0.00          |
| 2   | ** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES                             | 500,000,000.00  | NO      | 0.00          |
| 4   | **PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS                          | 500,000,000.00  | NO      | 0.00          |
| 5   | COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES                             | 500,000,000.00  | SI      | 12,400,000.00 |
|     | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 4,500,000.00 \$ |                 | NINGUNO |               |
| 6   | ** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES                                | 500,000,000.00  | NO      | 0.00          |
| 7   | GASTOS MEDICOS                                                   |                 | NO      | 0.00          |
|     | LIMITE AGREGADO ANUAL                                            | 20,000,000.00   |         |               |
|     | LIMITE POR EVENTO O PERSONA                                      | 5,000,000.00    |         |               |
| 9   | PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES                                    | 200,000,000.00  | NO      | 0.00          |
|     | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 4,500,000.00 \$ |                 | NINGUNO |               |
| 10  | GASTOS DE DEFENSA                                                |                 | NO      | 0.00          |
|     | LIMITE AGREGADO ANUAL                                            | 70,000,000.00   |         |               |
|     | LIMITE POR EVENTO O PERSONA                                      | 10,000,000.00   |         |               |
|     | Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 \$        |                 | NINGUNO |               |

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 000

100.000 % NO APLICA

RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

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. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

|        |                    |
|--------|--------------------|
| PRIMA  | \$***12,400,000.00 |
| GASTOS | \$*****0.00        |
| IVA    | \$***1,984,000.00  |

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$\*\*14,384,000.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portadadquiriente/pages/auth/portalllogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.  
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.  
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.  
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

28/07/2021 16:57:09

*Carbafucho*

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

| DISTRIBUCIÓN |          |   |       | INTERMEDIARIOS |       |                        |                    |
|--------------|----------|---|-------|----------------|-------|------------------------|--------------------|
| CÓDIGO       | COMPAÑÍA | % | PRIMA | CLAVE          | CLASE | NOMBRE                 | COMISIÓN           |
|              |          |   |       | 1065           | 1     | MDM ASESORES DE SEGURO | 15.00 1,860,000.00 |

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1026897 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**4**

SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO CON EL FIN DE RENOVAR LA PRESENTE POLIZA, A SOLICITUD DEL ASEGURADO, A TRAVES DE MDM ASESORES DE SEGUROS DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA

NIT: 900.228.989-3

DIRECCIÓN: CALLE 9B 42-115 BUENAVENTURA - CALI

ASEGURADOS NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA

NIT: 900.228.989-3

DIRECCIÓN: CALLE 9B 42-115 BUENAVENTURA - CALI

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: BUENAVENTURA - CALI

VIGENCIA: DESDE LAS 00:00 DEL 30/05/2014 HASTA LAS 00:00 DEL 30/05/2015

**OBJETO DEL SEGURO**

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada 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 y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-3

RETROACTIVIDAD: Mayo 30 de 2011. Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$500.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 2.48% + IVA

**DEDUCIBLES:**

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$4.500.000

**SUBLÍMITES**

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$10.000.000 por evento y \$70.000.000 en el agregado anual. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a \$5.000.000 por evento y \$20.000.000 por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como ?pacientes? del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a \$100.000.000 por evento y \$200.000.000 en el agregado anual. Incluye perjuicio moral, perjuicios fisiológicos y daños a la vida de relación, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

**AMPAROS**

Responsabilidad civil profesional médica:

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1026897 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

4

1. 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 que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.

2. 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 anterior. En este caso previsor se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

3. Así mismo, Previsora 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.

4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsor en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el ?paciente? a raíz de su condición.

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, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que 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.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un ?evento? que cause ?daños materiales? y/o ?lesiones corporales? a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.

7. Responsabilidad civil del asegurado por ?lesiones corporales? a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

8. Responsabilidad por todo concepto de ?costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsor por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.

9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.

10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el ?acto médico? o ?evento?, que diera origen a los ?daños materiales? y/o ?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, durante el periodo de vigencia de la presente póliza, su renovación o durante el periodo de extensión de denuncias.

#### EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente

2. 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.

3. 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.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1026897 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

4

4. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
5. 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.
6. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
7. Actos médicos que importen 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 hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
8. 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.
9. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
10. 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?. de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
11. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
12. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ?paciente?.
13. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
14. Prestación de servicios médicos domiciliarios
15. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
16. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
17. Renovación automática.
18. Restablecimiento de la suma asegurada
19. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

**CONDICIONES PARTICULARES.**

1. Revocación de la póliza, 30 días
  2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
  3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 15 días y cobro de prima adicional.
  4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
    - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
    - b. 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 éste.
    - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
    - d. 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 medica como ?pacientes? del asegurado.
5. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
  6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
  7. Se entienden automáticamente amprados los contratos que el cliente suscriba durante la vigencia de la presente póliza, siempre y cuando estos tengan relación con su actividad, no superen la vigencia de la póliza y el limite asegurado otorgado; en caso contrario, deberá informarnos para realizar los ajustes a que haya lugar.
  8. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
  9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
  10. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.
  11. Todo endoso modificadorio que el cliente requiera tendrá un costo de \$7.000+ IVA por concepto de gastos de emisión, excepto los relacionados con licitaciones



## 13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

|                                                                             |          |                |                                |            |                     |                      |                                       |            |                                              |       |                   |     |      |       |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|--------------------------------|------------|---------------------|----------------------|---------------------------------------|------------|----------------------------------------------|-------|-------------------|-----|------|-------|
| SOLICITUD<br>DÍA<br>5                                                       | MES<br>3 | AÑO<br>2015    | CERTIFICADO DE<br>MODIFICACION |            | N° CERTIFICADO<br>6 | CIA. PÓLIZA LÍDER N° | CERTIFICADO LÍDER N°                  | A.P.<br>NO |                                              |       |                   |     |      |       |
| TOMADOR 2757603-CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                      |          |                |                                |            |                     |                      | NIT 900.228.989-3                     |            |                                              |       |                   |     |      |       |
| DIRECCIÓN CL 9 CL 9 42 - 115 CALLE 9 B NO 42, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA |          |                |                                |            |                     |                      | TELÉFONO 4882020                      |            |                                              |       |                   |     |      |       |
| ASEGURADO 2757603-CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                    |          |                |                                |            |                     |                      | NIT 900.228.989-3                     |            |                                              |       |                   |     |      |       |
| DIRECCIÓN CL 9 CL 9 42 - 115 CALLE 9 B NO 42, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA |          |                |                                |            |                     |                      | TELÉFONO 4882020                      |            |                                              |       |                   |     |      |       |
| EMITIDO EN                                                                  | BOGOTA   | CENTRO<br>OPER | SUC.                           | EXPEDICIÓN |                     |                      | VIGENCIA                              |            |                                              |       | NÚMERO<br>DE DÍAS |     |      |       |
| MONEDA                                                                      | Pesos    |                |                                | DÍA        | MES                 | AÑO                  | DÍA                                   | MES        | AÑO                                          | A LAS | DÍA               | MES | AÑO  | A LAS |
| TIPO CAMBIO                                                                 | 1.00     | 3202           | 32                             | 5          | 3                   | 2015                 | 27                                    | 2          | 2015                                         | 00:00 | 30                | 5   | 2015 | 00:00 |
| CARGAR A: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                            |          |                |                                |            |                     |                      | FORMA DE PAGO<br>9. PAGO A LOS 60 DIA |            | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ 1,500,000,000.00 |       |                   |     |      |       |

Riesgo: 1 -  
CALLE 9B NO 42-115 B/CAMBULOS, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

| No. | Amparo                                    | Valor Asegurado        | AcumVA  | Prima         |
|-----|-------------------------------------------|------------------------|---------|---------------|
| 1   | ** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP  | 2,000,000,000.00       | NO      | 0.00          |
| 2   | ** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES      | 2,000,000,000.00       | NO      | 0.00          |
| 4   | **PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS   | 2,000,000,000.00       | NO      | 0.00          |
| 5   | COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES      | 2,000,000,000.00       | SI      | 18,854,795.00 |
|     | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA | Mínimo 4,500,000.00 \$ | NINGUNO |               |
| 6   | ** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES         | 2,000,000,000.00       | NO      | 0.00          |

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social  
TERCEROS AFECTADOS

Documento  
NIT 000

Porcentaje Tipo Benef  
100.000 % NO APLICA

## RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE AUMENTA LA SUMA ASEGURADA EN LA POLIZA ARRIBA CITADA A \$2.000.000.000, SEGUN LO SOLICITADO POR EL ASEGURADO POR INTERMEDIO DE MDM.

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADOS EN EL PRESENTE CERTIFICADO CONTINUAN VIGENTES.

O.S.2464.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

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. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

|        |                    |
|--------|--------------------|
| PRIMA  | \$***18,854,795.00 |
| GASTOS | \$*****0.00        |
| IVA    | \$***3,016,767.20  |

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$\*\*21,871,562.20

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portadadquiriente/pages/auth/portalllogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.  
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.  
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.  
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

28/07/2021 16:57:30

*Carbafucho*

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

| DISTRIBUCIÓN |          |   |       | INTERMEDIARIOS |       |                        |                    |
|--------------|----------|---|-------|----------------|-------|------------------------|--------------------|
| CÓDIGO       | COMPANÍA | % | PRIMA | CLAVE          | CLASE | NOMBRE                 | COMISIÓN           |
|              |          |   |       | 1065           | 1     | MDM ASESORES DE SEGURO | 15.00 2,828,219.25 |

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1026897 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: MODIFICACION

6



## 13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

|                                                                             |  |  |                              |      |            |                      |      |          |                      |                                       |       |                      |                                              |                |                   |     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------|------|------------|----------------------|------|----------|----------------------|---------------------------------------|-------|----------------------|----------------------------------------------|----------------|-------------------|-----|--|
| SOLICITUD<br>DÍA 31 MES 5 AÑO 2016                                          |  |  | CERTIFICADO DE<br>RENOVACION |      |            | N° CERTIFICADO<br>11 |      |          | CIA. PÓLIZA LÍDER N° |                                       |       | CERTIFICADO LÍDER N° |                                              |                | A.P.<br>NO        |     |  |
| TOMADOR 2757603-CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                      |  |  |                              |      |            |                      |      |          |                      |                                       |       |                      |                                              |                | NIT 900.228.989-3 |     |  |
| DIRECCIÓN CL 9 CL 9 42 - 115 CALLE 9 B NO 42, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA |  |  |                              |      |            |                      |      |          |                      |                                       |       |                      |                                              |                | TELÉFONO 4882020  |     |  |
| ASEGURADO 2757603-CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                    |  |  |                              |      |            |                      |      |          |                      |                                       |       |                      |                                              |                | NIT 900.228.989-3 |     |  |
| DIRECCIÓN CL 9 CL 9 42 - 115 CALLE 9 B NO 42, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA |  |  |                              |      |            |                      |      |          |                      |                                       |       |                      |                                              |                | TELÉFONO 4882020  |     |  |
| EMITIDO EN BOGOTA                                                           |  |  | CENTRO OPER                  | SUC. | EXPEDICIÓN |                      |      | VIGENCIA |                      |                                       |       |                      |                                              | NÚMERO DE DÍAS |                   |     |  |
| MONEDA Pesos                                                                |  |  |                              |      | DÍA        | MES                  | AÑO  | DÍA      | MES                  | DESDE AÑO                             | A LAS | DÍA                  | MES                                          | HASTA AÑO      | A LAS             |     |  |
| TIPO CAMBIO 1.00                                                            |  |  | 3202                         | 32   | 31         | 5                    | 2016 | 30       | 5                    | 2016                                  | 00:00 | 30                   | 5                                            | 2017           | 00:00             | 365 |  |
| CARGAR A: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA.                            |  |  |                              |      |            |                      |      |          |                      | FORMA DE PAGO<br>9. PAGO A LOS 60 DIA |       |                      | VALOR ASEGURADO TOTAL<br>\$ 2,000,000,000.00 |                |                   |     |  |

Riesgo: 1 -  
CL 9 42 115, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

| No. | Amparo                                                           | Valor Asegurado  | AcumVA  | Prima         |
|-----|------------------------------------------------------------------|------------------|---------|---------------|
| 1   | ** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP                         | 2,000,000,000.00 | NO      | 0.00          |
| 2   | ** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES                             | 2,000,000,000.00 | NO      | 0.00          |
| 4   | **PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS                          | 2,000,000,000.00 | NO      | 0.00          |
| 5   | COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES                             | 2,000,000,000.00 | SI      | 60,000,000.00 |
|     | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00 \$ |                  | NINGUNO |               |
| 6   | ** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES                                | 2,000,000,000.00 | NO      | 0.00          |
| 7   | GASTOS MEDICOS                                                   |                  | NO      | 0.00          |
|     | LIMITE AGREGADO ANUAL                                            | 50,000,000.00    |         |               |
|     | LIMITE POR EVENTO O PERSONA                                      | 5,000,000.00     |         |               |
| 9   | PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES                                    | 300,000,000.00   | NO      | 0.00          |
|     | Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00 \$ |                  | NINGUNO |               |
| 10  | GASTOS DE DEFENSA                                                |                  | NO      | 0.00          |
|     | LIMITE AGREGADO ANUAL                                            | 100,000,000.00   |         |               |
|     | LIMITE POR EVENTO O PERSONA                                      | 15,000,000.00    |         |               |
|     | Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV     |                  | NINGUNO |               |

## BENEFICIARIOS

|                             |                |                       |
|-----------------------------|----------------|-----------------------|
| Nombre/Razón Social         | Documento      | Porcentaje Tipo Benef |
| ASOCIACION MEDICA DE BOGOTA | NIT 8000645086 | 100.000 % NO APLICA   |

RCP-006-4 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

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. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

|        |                    |
|--------|--------------------|
| PRIMA  | \$***60,000,000.00 |
| GASTOS | \$*****0.00        |
| IVA    | \$***9,600,000.00  |

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS | \$**69,600,000.00 |
|------------------------------|-------------------|

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaaladquiriente/pages/auth/portalllogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.  
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.  
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.  
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

28/07/2021 16:57:49

*Carbafucho*

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

| DISTRIBUCIÓN |          |   |       | INTERMEDIARIOS |       |                        |                    |
|--------------|----------|---|-------|----------------|-------|------------------------|--------------------|
| CÓDIGO       | COMPAÑÍA | % | PRIMA | CLAVE          | CLASE | NOMBRE                 | COMISIÓN           |
|              |          |   |       | 1065           | 1     | MDM ASESORES DE SEGURO | 15.00 9,000,000.00 |

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1026897 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**11**

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE RENUEVA LA SIGUIENTE POLIZA A SOLICITUD DEL ASEGURADO A TRAVES DE SU ASESOR, SEGUN CONDICIONES ADJUNTAS.

TOMADOR NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA  
NIT: 900228989-3  
DIRECCIÓN: BUENAVENTURA.

ASEGURADOS NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA  
NIT: 900228989-3  
DIRECCIÓN: BUENAVENTURA.

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: BUENAVENTURA -

VIGENCIA: 30/05/2016 AL 30/05/2017

**OBJETO DEL SEGURO**

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada 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 y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

**RETROACTIVIDAD:**

Para el monto de \$500.000.000 a partir del 30 de Mayo de 2011.

Para el monto de \$1.500.000.000 en exceso de \$500.000.000 a partir del 27 de Febrero de 2015.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 3% + IVA

**DEDUCIBLES:**

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$8.000.000

**SUBLÍMITES**

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$15.000.000 por evento y \$100.000.000 en el agregado anual. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a \$5.000.000 por evento y \$50.000.000 por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado.
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a \$100.000.000 por evento y \$300.000.000 en el agregado anual. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

**AMPAROS**

Responsabilidad civil profesional médica:  
Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1026897 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

**11**

1. 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 que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.

2. 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 anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

3. Así mismo, Previsora 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.

4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.

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, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que 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.

#### Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.

7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.

9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.

10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "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, durante el periodo de vigencia de la presente póliza, su renovación o durante el periodo de extensión de denuncias.

#### EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente

2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen.

3. 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.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1026897 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

**11**

- 4.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.
- 5.Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
- 6.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.
- 7.La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
- 8.Actos médicos que importen 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 hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
- 9.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.
- 10.El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
- 11.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". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
- 12.La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
- 13.Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
- 14.El resultado esperado de los procedimientos realizados.
- 15.Prestación de servicios médicos domiciliarios
- 16.Reclamaciones propias de otra clase de seguros
- 17.Errorres e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
- 18.Renovación automática.
- 19.Restablecimiento de la suma asegurada
- 20.R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

**CONDICIONES PARTICULARES.**

- 1.Revocación de la póliza, 30 días
- 2.Ampliación de aviso de siniestro, 30 días
- 3.Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
- 4.Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
  - a.Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
  - b.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 éste.
  - c.Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
  - d.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 medica como "pacientes" del asegurado.
- 5.Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
- 6.Designación de ajustador de mutuo acuerdo
- 7.Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
- 8.Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
- 9.Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
- 10.El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.
- 11.Todo endoso modificador que el cliente requiera tendrá un costo de \$7.000+ IVA por concepto de gastos de emisión, excepto los relacionados con licitaciones

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



## CONDICIONES GENERALES

**LA PREVISORA S.A.** Compañía de Seguros, que en lo sucesivo se denominará **PREVISORA**, 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

##### AMPAROS CUBIERTOS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

##### 1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) **PREVISORA** 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 QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).
- b) **PREVISORA** 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 MEDICO", 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 **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.
- c) ASIMISMO **PREVISORA** 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.

##### 1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TALE EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.

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 Y/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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MEDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.
- 1.3 **PREVISORA** 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 DE **PREVISORA** 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 FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL.
- 1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% 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 \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.
- 1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
- a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA, DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
- 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 DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES

**PREVISORA** NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL

ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

- 2.1 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.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 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 PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 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 **PREVISORA** EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 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/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 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". DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- 2.9 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.
- 2.10 DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 2.12 TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.13 ACTOS MÉDICOS QUE IMPORTEN 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/O HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHS ACTOS MÉDICOS.
- 2.14 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.
- 2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
- 2.16 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.
- 2.17 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.
- 2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- 2.19 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.
- 2.20 "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.
- 2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
- 2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.
- LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.
- 2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL “PACIENTE”.
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 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.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 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.
- 2.34 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 O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.35 “ACTOS MÉDICOS” O “EVENTOS” OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS

- SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
- 2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
- 2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:
  - a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
  - b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
  - c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.

ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.
- NOTA:** El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se de por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del Código de Comercio, lo siguiente:
- 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:
    - 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 permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
    - Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnésis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
    - 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).
- Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 **MINSALUD**)
  - Entregar a **PREVISORA**, 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.
  - 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.
  - Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo “reclamo” o litigio.
  - Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, 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.
  - Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
  - Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
  - 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.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- l) 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, fecha de calibración, etc.
m) PREVISORA podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de inmediata o de no inmediata, en cuyo caso:
• PREVISORA y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.
• El Asegurado entregará a PREVISORA un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.
• El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de inmediatas.
• El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

CONDICIÓN TERCERA

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada indicada en la (s) Condición(es) Particular(es) (Nº) representa la cifra máxima por la cual PREVISORA será responsable por todo concepto de "indemnización", "costas, gastos, intereses y honorarios", conforme a los Límites de Cobertura indicados en dicha condición particular y descriptos a continuación:

- a) Límite de Cobertura por Acto Médico: PREVISORA será responsable por el pago de los reclamos o sentencias 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 de Reclamos: En caso que, de un mismo acto médico resultaren 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 PREVISORA reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo "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 reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, PREVISORA 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 reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.
d) No-Acumulación de Sumas Aseguradas: Con el propósito de determinar la responsabilidad de PREVISORA, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efecturen 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).

PREVISORA 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" al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



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 SÉPTIMA

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

El Asegurado deberá notificar a PREVISORA, 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 48 horas 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.

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 a PREVISORA, 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 PREVISORA deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

Ocurrido un evento que pudiera dar lugar a una reclamación bajo esta póliza, el asegurado estará obligado, de acuerdo con las normas, obligaciones y deberes de la profesión médica, a proveer los medios necesarios para salvaguardar la salud y la vida del paciente.

el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto de 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 estipuladas bajo la misma.

- b) También se consideran 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 médico-administrativas no asistenciales para la institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones netamente médico - 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 labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.
- Los empleados y trabajadores voluntarios.

NOTA: 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 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 extendiere 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.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN NOVENA

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido, siempre que el reclamo y la notificación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

La Extensión del Período para Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

El anexo de Extensión del Período para Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento de **PREVISORA** dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el anexo de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho anexo no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

Para los términos de este contrato, el Asegurado podrá contratar un anexo para la Extensión del Período para Reclamos en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, por una suma adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se termine automáticamente por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la adquisición de tal anexo.

A fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud a **PREVISORA**, dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- Pagar de contado la prima correspondiente.

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

- No podrá negarse a emitir el anexo.
- No podrá cancelarlo una vez emitido.
- Mantendrá vigente el anexo hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período otorgado de dos (2) años, cualquiera que suceda primero.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la contratación del anexo, **PREVISORA** quedará liberada de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, para los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no adquirir el anexo, o pierde el derecho para hacerlo, **PREVISORA** no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada. Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de solicitud del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, la prima del endoso no excederá el 150% de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente a **PREVISORA** de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la notificación, y estará obligado a remitir simultáneamente a **PREVISORA** 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 de 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 las leyes le impongan.

En el evento en que el asegurado sea directamente demandado por el tercero afectado, el asegurado deberá asumir la defensa y suministrarle a **PREVISORA**, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su citación en garantía.

**PREVISORA** no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del asegurado. Sin embargo, en caso de que el asegurado rehusara a consentir el acuerdo propuesto por **PREVISORA** y optara por la continuación de la acción judicial o cualquier otro procedimiento legal relacionado con el reclamo, deberá dejarse por escrito entre **PREVISORA** y el asegurado que la responsabilidad total de **PREVISORA** 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.

**a) Medidas Precautelativas:** Si se dispusiesen medidas precautelativas sobre bienes del

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

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 riego, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual **PREVISORA** 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 **PREVISORA**, 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 a **PREVISORA**. En todo caso las partes sujeta a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

PÉRDIDA 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 QUINTA

CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las controversias que eventualmente puedan surgir entre **PREVISORA** 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 SEXTA

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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

El informe del o de los expertos no comprometerá a **PREVISORA** a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que **PREVISORA** pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

Asegurado, éste no podrá exigir que **PREVISORA** las sustituya.

**b) “Costas, gastos, intereses y honorarios”:** **PREVISORA** asume a su cargo, el pago de las costas judiciales, intereses en causa civil, y de los gastos extrajudiciales 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, **PREVISORA**, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte de **PREVISORA** 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 **PREVISORA** quedará liberado de los gastos y costas que se 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 SEGUNDA

PROCESO PENAL

Si se promoviese proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** 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.

**PREVISORA** podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** 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 **PREVISORA**.

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 aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

SUBROGACIÓN

En caso de “reclamo” bajo esta póliza, PREVISORA se subrogará en todos los derechos contra un tercero que correspondan al Asegurado, y éste ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos necesarios para garantizar tales derechos.

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

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por PREVISORA, 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 del Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

Sin perjuicio de cualquiera de las disposiciones contenidas en la presente póliza, PREVISORA 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, asimismo 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 PREVISORA a un reclamante, y que este último esta dispuesto a aceptar, no pudiere concretarse por 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 aquél así como los intereses y las costas que se devenguen con posterioridad a la fecha de la oposición.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, PREVISORA 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 reclamo. Luego de ello, PREVISORA abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- PREVISORA 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 éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- De igual manera, PREVISORA 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, PREVISORA 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 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

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, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1092 del Código del Comercio.

El asegurado deberá informar por escrito a PREVISORA 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, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

CESIÓN DE DERECHOS

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

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 PREVISORA. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

DEFINICIONES

- a) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca “Daños Materiales” y/o “Lesiones Corporales” a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en 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.
- b) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- c) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- d) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por PREVISORA 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 incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como en caso de ser condenado a pagar en juicio.
- e) **Fecha de Retroactividad:** La fecha indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el Asegurado y PREVISORA. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.
- f) **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 superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos



médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.

- h) **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 “acto médico” y/o “evento”.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

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( reticencia del asegurado) signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de 10 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 10 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, PREVISORA 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 solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a PREVISORA a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto a los amparos accesorios a menos de convención en contrario, ni cuando PREVISORA haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella. En los términos establecidos en el Artículo 1060 del Código de Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS 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:

- 1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden 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).

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



**2. 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 secesión de una parte del territorio de la Nación.

**3. Hechos de Rebelión:** Se entienden 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 encuadren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

**4. Hechos de Sedición y Motín:** Se entienden 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.

**5. Asonada:** Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultaria 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, desórdenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

**6. 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.

**7. Hechos de Guerrilla:** Se entienden 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.

**8. 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.

**9. 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 tampoco su calificación de legal o ilegal.

**10. Hechos de Lock out:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

- a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
- 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 motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

**11. Otros Hechos (1):** Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren 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 o de huelga o de lock out.

**12. 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.

**13. 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 el aviso de siniestro al Asegurador por parte del Asegurado, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 1075 del Código de Comercio.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



## CONDICIONES GENERALES

**LA PREVISORA S.A.** Compañía de Seguros, que en lo sucesivo se denominará **PREVISORA**, 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 AMPAROS CUBIERTOS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

#### 1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) **PREVISORA** 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 QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).
- b) **PREVISORA** 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 MEDICO", 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 **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.
- c) ASIMISMO **PREVISORA** 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

#### 1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.

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.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUSDEPENDIENTES;
- 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 MEDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

1.3 **PREVISORA** 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 DE **PREVISORA** 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 FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL

1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% 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 \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.

1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.

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 DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

## EXCLUSIONES

**PREVISORA** NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

## 2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

- 2.1 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.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 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 PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 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 **PREVISORA** EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 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.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 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". DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.
- 2.9 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.
- 2.10 DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 2.12 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.
- 2.13 ACTOS MÉDICOS QUE IMPORTEN 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
- 2.14 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
- 2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
- 2.16 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.
- 2.17 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.
- 2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- 2.19 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.
- 2.20 "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.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
- 2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.
- 2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 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.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 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.
- 2.34 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 O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:

- a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
- b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
- c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

## 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.

**NOTA:** El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se de por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto 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 permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 **MINSALUD**)

- e) Entregar a **PREVISORA**, 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.
- f) 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.
- g) Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo "reclamo" o litigio.
- h) Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, 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.
- i) Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) 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.
- l) 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, fecha de calibración, etc.

- m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de inmediata o de no inmediata, en cuyo caso:

- **PREVISORA** y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.

- El Asegurado entregará a **PREVISORA** un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.

- El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de inmediatas.

- El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

## CONDICIÓN TERCERA

### SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada indicada en la (s) Condición(es) Particular(es) (Nº) representa la cifra máxima por la cual **PREVISORA** será responsable por todo concepto de "indemnización", "costas, gastos, intereses y honorarios", conforme a los Límites de Cobertura indicados en dicha condición particular y descriptos a continuación:

- a) Límite de Cobertura por Acto Médico: **PREVISORA** será responsable por el pago de los reclamos o sentencias 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 de Reclamos:** En caso que, de un

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



mismo acto médico resultaren 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 **PREVISORA** reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo "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 reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma específica cada en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.

d) **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de **PREVISORA**, 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).

**PREVISORA** 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" al 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 a los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto de 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 estipuladas bajo la misma.

b) También se consideran 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 médico-administrativas no asistenciales para la institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones netamente médico - 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 labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.

- Los empleados y trabajadores voluntarios.

**NOTA:** 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 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 extendiere 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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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 SÉPTIMA

### OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

El Asegurado deberá notificar a **PREVISORA**, 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 48 horas 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.

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 a **PREVISORA**, 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 **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si

tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

Ocurrido un evento que pudiera dar lugar a una reclamación bajo esta póliza, el asegurado estará obligado, de acuerdo con las normas, obligaciones y deberes de la profesión médica, a proveer los medios necesarios para salvaguardar la salud y la vida del paciente.

## CONDICIÓN NOVENA

### RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido, siempre que el reclamo y la notificación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

## CONDICIÓN DÉCIMA

### EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

La Extensión del Período para Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

El anexo de Extensión del Período para Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento de **PREVISORA** dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el anexo de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho anexo no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

Para los términos de este contrato, el Asegurado podrá contratar un anexo para la Extensión del Período para Reclamos en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, por una suma adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se termine automáticamente por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la adquisición de tal anexo.

A fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud a **PREVISORA**,

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.

- Pagar de contado la prima correspondiente

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

- No podrá negarse a emitir el anexo.
- No podrá cancelarlo una vez emitido.
- Mantendrá vigente el anexo hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período otorgado de dos (2) años, cualquiera que suceda primero.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la contratación del anexo, **PREVISORA** quedará liberada de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, para los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no adquirir el anexo, o pierde el derecho para hacerlo, **PREVISORA** no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada. Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fin de calcular la prima por el endoso para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de solicitud del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, la prima del endoso no excederá el 150% de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado.

## CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

### DEFENSA EN JUICIO CIVIL

Si se promoviese proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** 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.

**PREVISORA** podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** 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 **PREVISORA**.

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 aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

## CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

### PROCESO PENAL

Si se promoviese proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** 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. **PREVISORA** podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** 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 **PREVISORA**.

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 aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

## CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

### 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 **PREVISORA** 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 **PREVISORA**, 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,

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



en cualquier momento, mediante aviso escrito a **PREVISORA**. En todo caso las partes sujetas a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio

## CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

### PÉRDIDA 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:

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

## CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

### CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las controversias que eventualmente puedan surgir entre **PREVISORA** 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 SEXTA

### VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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

El informe del o de los expertos no comprometerá a **PREVISORA** a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que **PREVISORA** pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

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

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

### SUBROGACIÓN

En caso de "reclamo" bajo esta póliza, **PREVISORA** se subrogará en todos los derechos contra un tercero que correspondan al Asegurado, y éste ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos

necesarios para garantizar tales derechos.

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

## CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

### RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **PREVISORA**, 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 del Comercio.

## CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

### INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

Sin perjuicio de cualquiera de las disposiciones contenidas en la presente póliza, **PREVISORA** 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, asimismo 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 **PREVISORA** a un reclamante, y que este último está dispuesto a aceptar, no pudiere concretarse por 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 aquél así como los intereses y las costas que se devenguen con posterioridad a la fecha de la oposición.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA

### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, **PREVISORA** 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 reclamo. Luego de ello, **PREVISORA** abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



## AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- **PREVISORA** 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 éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.

- De igual manera, **PREVISORA** 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, **PREVISORA** 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 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

### 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, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1092 del Código del Comercio.

El asegurado deberá informar por escrito a **PREVISORA** 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, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

### CESIÓN DE DERECHOS

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

## CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

## 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 **PREVISORA**. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

### DEFINICIONES

- a) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en 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.
- b) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- c) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- d) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por **PREVISORA** 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 incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como en caso de ser condenado a pagar en juicio.
- e) **Fecha de Retroactividad:** La fecha indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el Asegurado y **PREVISORA**. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.
- f) **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 superar al importe de la suma asegurada

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.

- g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- h) **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 "acto médico" y/o "evento".

## CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

### 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 (reticencia del asegurado) signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de 10 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 10 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, **PREVISORA** 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 solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a **PREVISORA** a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto a los amparos accesorios a menos de convención en contrario, ni cuando **PREVISORA** haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella. En los términos establecidos en el Artículo 1060 del Código de Comercio.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

### INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS 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:

1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden 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).
2. **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 secesión de una parte del territorio de la Nación.
3. **Hechos de Rebelión:** Se entienden 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 encuadren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

4. **Hechos de Sedición y Motín:** Se entienden 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.

5. **Asonada:** Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultaria 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, desórdenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



6. **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.

7. **Hechos de Guerrilla:** Se entienden 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.

8. **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.

9. **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 tampoco su calificación de legal o ilegal.

10. **Hechos de Lock out:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

- a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
- 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 motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11. **Otros Hechos (1):** Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren 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 o de huelga o de lock out.

12. **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.

13. **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 el aviso de siniestro al Asegurador por parte del Asegurado, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 1075 del Código de Comercio.

