

Medellín, diciembre de 2023

Señores

Juzgado 2° Civil del Circuito de Villavicencio

E. S. D.

Proceso:	Verbal
Demandantes:	Henry Rodríguez Quevedo
Demandados:	Inversiones Clínica del Meta S.A. y otros
Radicado:	50001315300220210029400
Asunto:	Contestación a la demanda y llamamiento en garantía de Virrey Solís IPS S.A.

Daney Echeverri Pérez, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.036.936.290, portadora de la T.P. 406.525 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita de la sociedad de servicios jurídicos **RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.**, apoderada judicial de **Chubb Seguros Colombia S.A.** (en adelante Chubb), de conformidad con el poder que reposa en el expediente, me permito dar respuesta a la demanda promovida por el señor Henry Rodríguez Quevedo en contra de Inversiones Clínica del Meta y otros, al llamamiento en garantía que Salud Total EPS-S S.A. formuló en contra de Virrey Solís IPS S.A. y, finalmente, al llamamiento en garantía que le formuló esta última a Chubb, en los siguientes términos:

## SECCIÓN I: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

### I. A los hechos de la demanda relativos al hecho dañoso

Al 1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de conocimiento de Chubb y por no haber participado de las atenciones médicas, a mi poderdante no le consta lo narrado en este numeral y se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

Al 2. Por contener manifestaciones referentes a varios hechos, procedo a contestar separadamente a cada uno, de la siguiente forma:

- Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de conocimiento de Chubb y por no haber participado de las atenciones médicas recibidas, a mi poderdante no le consta lo narrando respecto a la consulta a la que asistió en Salud Total EPS, misma que fue atendida en Virrey Solís IPS S.A. y se atiene a lo que resulte probado en el proceso, sin embargo, de conformidad con la historia clínica que reposa en el expediente, el señor Henry reporta la siguiente sintomatología, diferente a la que se menciona en la demanda:

Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN ASISTE A CONSULTA MEDICA PRIORITARIA MANIFESTANDO CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE DOLOR ABDOMINAL, INFLAMACION, ESTREÑIMIENTO Y FLATULENCIAS. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

Escala Dolor: 6 Clasificación Dolor: Moderado

Revisión Por Sistemas

Organos de los Sentidos :	No Refiere
Cardiopulmonar:	No Refiere
Gastrointestinal:	No Refiere
Genitourinario:	No Refiere
Osteomuscular:	No Refiere
Neurológico:	No Refiere
Endocrino:	No Refiere
Linfoinmunoematopoyético :	No Refiere
Vascular Periférico :	No Refiere
Piel y Faneras:	No Refiere

Adicional a lo anterior, de acuerdo con la historia clínica, tras ser valorado, se encontraron signos vitales dentro de parámetros normales, en buen estado general, sin dificultad respiratoria, sin alteraciones a nivel cardiopulmonar, con abdomen blando, con dolor a la palpación difusa, pero sin otros hallazgos de importancia o que permitieran sospechar un evento cardiovascular, por lo cual se diagnosticó "Otros dolores abdominales" y se dio egreso con indicación de signos de alarma se ordenó analgesia, de manera que se observa una atención diligente, cuidadosa y oportuna.

- Por tratarse de circunstancias ajenas al proceso y por no haber participado en las atenciones médicas realizadas al señor Henry Rodríguez Quevedo, a Chubb no le consta lo narrado respecto a la consulta por urgencias realizada en Inversiones Clínica del Meta y se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

A los numerales 3 y 4. Por tratarse de circunstancias ajenas al ámbito de conocimiento de Chubb, a la compañía aseguradora que represento, no le consta lo narrado en estos numerales respecto a los porcentajes de discapacidad y pérdida de capacidad laboral y se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

Al 5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de conocimiento de Chubb, que no es parte en el proceso penal a que se refiere este numeral, a mi poderdante no le consta lo relatado en este numeral, por lo que mi representada se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

## II. A los hechos relativos al daño

Al 2.1. Por tratarse de circunstancias pertenecientes a la esfera personal del señor Henry Rodríguez Quevedo, a Chubb no le consta lo afirmado en este numeral; al respecto, se atiene al contenido a lo que resulte probado en el proceso. Sin embargo, en la revisión de la historia clínica que obra en el expediente, se encuentra que el señor Rodríguez Quevedo tenía antecedentes médicos como la diabetes mellitus no controlada y la hipertensión, entre otras, además, el señor Henry refiere ser fumador pesado.

---

Tipo Afili: SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 08:34 evoluciono ACUÑA BELTRAN JORGE ANDRES MEDICINA INTERNA id: 80,773,473

NOTA : MEDICINA INTERNA URGENCIAS  
8:35 a. m. 11/04/2019

NOTA MEDICINA INTERNA

Paciente con antecedentes de diabetes mellitus  
ingresa por dolor toracico  
fumador cronico pesado

EKG con supradesnivel cara anterior  
ingreso con edema pulmonar hipertensivo en manejo con NTG 0.25 mcg/kg/min, en manejo con VNI sin embargo con tendencia a hipoxemia 88%-90% con PAFI 148, hipoxemico, con acidosis respiratoria con ttno de O2.  
cifras tensionales moduladas  
FC 78  
paciente monitorizado en sala de reanimacion  
sornoliento, no mantiene la mirada, sin sedacion

A los numerales 2.2., 2.3 y 2.4. Por tratarse de circunstancias personales, laborales y económicas del demandante, que no le consta a Chubb, quien se atiene a lo que resulte probado en el proceso; si bien existe una presunción de ingreso cuando no hay prueba de él, sí deberá la parte demandante acreditar que el señor Henry Rodríguez Quevedo desarrollaba una actividad productiva que le generaba ingresos económicos.

Al 2.5. Por tratarse de circunstancias personales, a mi poderdante no le consta lo referido a este numeral en cuanto a los perjuicios morales y materiales sufridos por el señor Henry Rodríguez Quevedo y se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

Al 2.8. (sic). Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de conocimiento de mi poderdante, a Chubb no le consta lo narrado en este numeral y se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

Al 2.9. Por tratarse de circunstancias pertenecientes a la esfera privada del demandante, a mi poderdante no le consta lo referido a los sentimientos que tenga el señor Henry Rodríguez Quevedo y se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

Al 3.0. Por tratarse de circunstancias personales y económicas del demandante, que no le consta a Chubb, quien se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

### III. A los hechos relativos a la relación de causalidad

Al 3.1. El presente numeral no comporta un hecho, sino que se trata de apreciaciones de contenido subjetivo que hacen parte del debate del presente proceso y frente a la cual no basta con la sola afirmación para entenderse como probada.

Ahora bien, el nexo causal no se encuentra configurado por cuanto no hay un acto médico erróneo al que se pueda reconducir el daño bien sea fáctica o jurídicamente y porque, en todo caso, las secuelas presentadas corresponden a la gravedad de la condición del paciente, que fue de presentación atípica, imprevisible e irresistible; además, i) para el 10 de abril de 2019 no era posible que el personal médico tratante hubiera sospechado una posible patología cardíaca que ameritara atención inmediata, por lo que no se advierte acto médico erróneo alguno al cual se pueda reconducir el daño reclamado y ii) porque, en todo caso, las secuelas presentadas por el paciente corresponden a la gravedad de la patología que sufrió, la cual fue de presentación atípica.

Al 3.2. El presente numeral no comporta un hecho, sino que se trata de apreciaciones subjetivas de contenido jurídico realizadas por la parte demandante y que hacen parte del debate del presente proceso, en relación con las cuales no basta con la sola afirmación para entenderse como probada, sino que su demostración le corresponde a la parte demandante, según lo dispuesto en el art. 167 del C.G.P

Al 3.3. El presente numeral no comporta un hecho, sino que corresponde a apreciaciones subjetivas de carácter jurídico realizadas por la parte demandante sin tener el conocimiento técnico y científico para hacerlo y, por lo tanto, no se aceptan. Se destaca, sin embargo, que, del análisis de la historia clínica, se encuentra que los profesionales de la salud que atendieron al señor Henry actuaron con diligencia y cuidado y siguiendo siempre la *lex artis* aplicable.

### IV. A los hechos relativos a la culpa del demandado

Al 4.1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de conocimiento de mi poderdante, a Chubb no le consta lo narrado en este numeral respecto a la vinculación laboral que tenían las señoras Melba Ladino Guevara y Mónica Tatiana Duarte Babativa al momento de la ocurrencia de los hechos y se atiende a lo que resulte probado en el proceso.

Al 4.2. El presente numeral no comporta un hecho, sino que corresponde a apreciaciones subjetivas realizadas por la parte demandante sin tener el conocimiento técnico y científico para hacerlas y, por lo tanto, no se aceptan. Se destaca, sin embargo, que, del análisis de la historia clínica, se encuentra que los profesionales de la salud que atendieron al señor Henry actuaron con diligencia y cuidado y siguiendo siempre la *lex artis* aplicable.

Al 4.3. El presente numeral no comporta un hecho como tal, sino que se trata de apreciaciones subjetivas que realiza la parte demandante sobre la atención que recibió el señor Henry Rodríguez Quevedo, sin tener el conocimiento técnico y científico necesario para hacerlas, y por lo tanto no se aceptan. Chubb se atiende a lo que resulte probado en el proceso.

#### V. A los hechos relativos a la legitimidad de las partes

Al 5.1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de conocimiento de mi poderdante, a Chubb no le consta lo narrado en este numeral respecto a la vinculación laboral que tenían las señoras Melba Ladino Guevara y Mónica Tatiana Duarte Babativa al momento de la ocurrencia de los hechos y se atiende a lo que resulte probado en el proceso.

Al 5.2. Por tratarse de circunstancias ajenas al ámbito de conocimiento de Chubb, a la compañía aseguradora que represento, no le consta lo narrado en este numeral y se atiende a lo que resulte probado en el proceso.

Al 5.3. Por tratarse de circunstancias personales y económicas del demandante, que no le consta a Chubb, quien se atiende a lo que resulte probado en el proceso.

A los numerales 5.4., 5.5. y 5.6. Por no haber sido vinculada al trámite de conciliación, a mi poderdante no le consta lo referido en estos numerales y por lo tanto Chubb se atiende a lo que resulte probado en el proceso; sin embargo, al hacer revisión de los documentos que reposan en el expediente, parece ser cierto que se presenta solicitud de audiencia de conciliación prejudicial el 21 de febrero de 2021 en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición “Gran Colombia”, a la que fueron convocadas INVERSIONES CLÍNICA META, MÓNICA TATIANA DUARTE, MELBA LADINO GUEVARA y SALUD TOTAL EPS S.A., audiencia que se llevó a cabo el 19 de abril de 2021 y que al finalizar, se declaró fallida.

#### VI. Objeción al juramento estimatorio

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, de manera expresa objeto la estimación de los perjuicios efectuada bajo juramento en la demanda, pues la existencia y estimación de los perjuicios efectuada bajo juramento por la parte demandante adolece de una serie de inexactitudes que impiden tener su cuantía como cierta y por lo tanto debe descartarse desde ya su demostración y causación.

Fundamento esta objeción en las siguientes consideraciones:

- En cuanto a los perjuicios materiales no se logra acreditar para el lucro cesante futuro los ingresos que percibía el señor Henry Rodríguez Quevedo y la sola afirmación de las actividades que realizaba, no basta para certificar que desarrollaba una actividad productiva, máxime cuando en los documentos aportados con la demanda se encuentra que era una persona de 55 años al momento de los hechos, por lo que se encontraba culminando su etapa de vida productiva y con enfermedades de base que disminuían su capacidad. Tampoco hay explicación o prueba del fundamento o presupuestos utilizados para dicha liquidación.
- Por otro lado, la liquidación omite las fórmulas matemáticas reconocidas por la jurisprudencia para la cuantificación de la indemnización por lucro cesante pasado y futuro, al limitarse a hacer una multiplicación del valor de los ingresos que según se afirma –más no se prueba- en la demanda, percibía el señor Rodríguez Quevedo.
- En lo que respecta a los perjuicios morales, por expresa disposición del artículo 206 del CGP, estos no hacen parte del juramento estimatorio por su carácter extrapatrimonial y, por tanto, no pueden tenerse probados en cuanto a su existencia y extensión con la mera estimación de su cuantía efectuada por la parte demandante. Frente a estos perjuicios adicionalmente se insiste en que el monto solicitado por la parte demandante supera las cuantías máximas reconocidas por la jurisprudencia civil para eventos similares.

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

De esta manera, se observa que la parte demandante no cumplió con la carga que corresponde al juramento, toda vez que no estimó el monto de los perjuicios adecuadamente según la técnica jurídica requerida, así mismo, los perjuicios patrimoniales carecen de sustento probatorio.

#### VII. Oposición a las pretensiones de la demanda

Actuando en nombre y representación de **Chubb**, me opongo expresamente a la prosperidad de todas las pretensiones declarativas y de condena formuladas en la demanda en contra de las demandadas, por no existir responsabilidad en cabeza de la parte demandada por los hechos que se le imputan. En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho absolver a **Salud Total E.P.S. S.A.** de cualquier imputación de responsabilidad y, correlativamente, condenar a la parte demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen con ocasión del trámite del proceso.

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

**A la primera.** Me opongo a la prosperidad de declaratoria de responsabilidad de brindar una supuesta atención médica negligente al señor Henry Rodríguez Quevedo por parte de Salud Total E.P.S. S.A. y que como consecuencia de esta se hayan producido los daños que alega el demandante, ya que como consta en la historia clínica, la atención brindada fue oportuna, especializada, de calidad y respetuosa de los protocolos y *la lex artis* aplicable al caso. Por tanto, no existió falla

en la prestación del servicio médico que permita imputarle responsabilidad a Salud Total E.P.S. S.A., ni mucho menos, a la entidad llamada en garantía por esta última, Virrey Solís IPS.

**A la segunda.** Me opongo a la prosperidad de disponer que Salud Total E.P.S. S.A. deba reconocer y pagar los supuestos perjuicios causados al demandante, en virtud de que no existió negligencia en la prestación del servicio médico brindado por dicha entidad y por Virrey Solís IPS S.A. en cumplimiento de las obligaciones adquiridas con la EPS y la historia clínica que reposa en el expediente da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor Henry Rodríguez Quevedo, asimismo, por cuanto no existió ninguna culpa imputable a la demandada y que el supuesto que nos ocupa no hace parte de aquellos en los que se reconoce responsabilidad objetiva, sino que se encuentra enmarcado en el régimen subjetivo o de culpa probada.

**A la tercera.** Me opongo a la prosperidad de condena a pagar por parte de Salud Total E.P.S. S.A. los supuestos daños materiales y morales solicitados por el señor Henry Rodríguez Quevedo, en virtud de que:

1. Respecto a los perjuicios materiales, bajo la modalidad de lucro cesante futuro, no existe ninguna responsabilidad civil imputable a la demandada Salud Total E.P.S. S.A., ya que la historia clínica de la paciente da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó por parte de dicha entidad y de Virrey Solís IPS S.A. y, en consecuencia, no existe transgresión a la *lex artis* ni culpa alguna imputable a efectos de configurar la responsabilidad endilgada. Por otro lado, no existe en los documentos que reposan en el expediente prueba idónea de su causación.

2. Respecto a los perjuicios morales, no existe ninguna responsabilidad civil imputable a la demandada Salud Total E.P.S. S.A. ya que la historia clínica del paciente da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó por parte de dicha entidad y de Virrey Solís IPS S.A. en cumplimiento de las obligaciones adquiridas con la EPS y, en consecuencia, no existe transgresión a la *lex artis* ni culpa alguna imputable a efectos de configurar la responsabilidad endilgada. Adicionalmente, los demandantes no acreditaron la consumación de un daño como resultado de la prestación del servicio médico por parte de Salud Total E.P.S. S.A., por lo que, ningún reconocimiento podrá hacerse por estos conceptos.

**A la cuarta.** Me opongo a la prosperidad de la pretensión por cuanto resulta improcedente la solicitud de plazo en el pago sobre unas sumas dinerarias que no se adeudan ni se encuentran plenamente definidas, máxime cuando derivan de una responsabilidad endilgada que carece de la demostración de sus elementos de configuración.

**A la quinta.** Me opongo a la prosperidad de la declaratoria de la devaluación monetaria sobre unas sumas de dinero que no se han causado, Lo anterior en virtud de que no existió una falla en la prestación del servicio médico brindado por Salud Total E.P.S. S.A. por medio de Virrey Solís IPS S.A., en tanto la historia clínica que reposa en el expediente da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor Henry Rodríguez Quevedo, asimismo, por cuanto no existió ninguna culpa imputable a la demandada y que el supuesto que nos ocupa no hace parte de aquellos en los que se reconoce responsabilidad objetiva.

A la sexta. Me opongo a la prosperidad de la pretensión por cuanto resulta improcedente la solicitud de pago de intereses sobre unas sumas dinerarias que no se adeudan ni se encuentran plenamente definidas, máxime cuando derivan de una responsabilidad endilgada que carece de la demostración de sus elementos de configuración.

A la 4.6. (sic) Me opongo a la prosperidad de la pretensión de condena en costas, en tanto no existe ni será posible probar ninguna responsabilidad civil imputable a la demandada Salud Total E.P.S. S.A.

## VIII. Defensas y excepciones

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

### 1. Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa de Salud Total EPS S.A.

La doctrina y la jurisprudencia nacionales e internacionales aceptan, de manera pacífica, que la gran mayoría de casos en los que se analiza la responsabilidad derivada de un acto médico corresponden a un tipo de responsabilidad de naturaleza subjetiva. Y esto es así, pues para que sea posible la imputación al agente de alguna responsabilidad civil, es indispensable la constatación, en su conducta, de una culpa relevante en la causación del resultado dañoso. De esta manera, solo en casos excepcionalísimos se ha hablado de responsabilidad objetiva, y unos y otros dependen del marco obligacional aplicable al agente.

En efecto, en la mayoría de los casos, el prestador de servicios de salud debe responder por obligaciones de medios; y sólo en algunos ejemplos específicos y de excepción, como el de tratamientos estéticos, el marco obligacional del demandado corresponde al de obligaciones de resultado.

Ahora bien, cuando lo que se discute es la eventual responsabilidad civil, corresponde al demandante demostrar con plena prueba, que el daño fue causado por una conducta negligente, culposa, imprudente o imperita del demandado por haber inobservado las leyes, protocolos y en general la *lex artis* aplicable al caso; siendo la responsabilidad médica un régimen en el que rige, como principio general la culpa probada imputable al presuntamente responsable. Y éste es el principio que rige en el caso *sub judice*.

Por lo tanto, para que la parte demandada resulte responsable en este caso, es indispensable que la parte demandante logre acreditar una conducta culposa atribuible a cada uno de los demandados. Sin embargo, destacamos desde ya que, en el proceso de la referencia, tal prueba no será lograda por los demandantes, pues como se verá en el trámite del proceso la atención médica brindada al señor **Henry Rodríguez Quevedo**, por parte de los profesionales en salud de Salud Total EPS S.A. y a través del prestador Virrey Solís IPS S.A., así como en Clínica del Meta, fue ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención y a la *lex artis ad hoc*, y, por tanto, fue adecuada.

En efecto, es preciso recordar que el concepto de culpa comporta siempre un defecto de conducta concreto respecto a un modelo de conducta abstracto. De esta manera, para que la culpa sea atribuible al agente, corresponde a la parte

demandante demostrar –con plena prueba- la desviación que separa la conducta concreta del demandado del modelo de conducta que la ley positiva asume como regla. Y esta demostración no será posible en el caso bajo análisis, pues la atención brindada al señor **Henry Rodríguez Quevedo** fue diligente y cuidadosa.

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

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

Ahora, si bien la *lex artis* corresponde a los criterios de conducta generales y abstractos dictados por una ciencia específica, ella debe analizarse teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso, de manera que el análisis asentado de la *lex artis* al supuesto concreto, nos sitúa en la conocida *lex artis ad hoc*<sup>3</sup>. De esta manera, exigir que la actuación del profesional médico se rija por la *lex artis ad hoc*, implica que el médico debe aplicar los conocimientos y protocolos de su ciencia al caso concreto, actuando en consideración a las particularidades del paciente; y este análisis es extrapolable al que debe hacer el juez, *a posteriori*, al momento de evaluar la diligencia de la conducta de la clínica demandada. En consecuencia, la determinación de la idoneidad de la conducta de los profesionales de la medicina implica que se evalúe la efectiva y adecuada aplicación de las reglas y protocolos de la ciencia médica al caso concreto y la consideración de las características particulares del cuadro clínico de la paciente y de la evolución de esta.

El señor Rodríguez inicialmente consultó al servicio de atención prioritaria de la IPS Virrey Solís el 10 de abril de 2019, por presentar cuadro clínico de cuatro días de evolución consistente en distensión abdominal, osteomalgias, malestar general y fiebre; y sin referir síntomas cardiopulmonares. En dicha ocasión, se encontraron las constantes vitales dentro de parámetros de normalidad y se recomendó reconsultar si experimentaba cualquiera de los siguientes síntomas: dolor abdominal intenso, fiebre persistente durante más de cinco días, vómitos incontrolables, sangrado abundante por la nariz o la boca, dificultad para respirar, alteración en el estado de conciencia, o si no se observaba mejoría a pesar del tratamiento médico indicado, que incluía la prescripción de acetaminofén, bisacodilo, hioscina, diclofenaco y sales de rehidratación oral para tomar en casa. Estos signos podían indicar una situación de salud grave que requería atención urgente.

Ahora, de la atención suministrada, no se puede evidenciar una culpa médica, toda vez que, el proceso de atención en IPS Virrey Solís al señor Henry Rodríguez Quevedo fue prestado con oportunidad, pertinencia, diligencia y de manera continua, según la sintomatología presentada para ese momento, que, en ningún caso, presentaba sintomatología sugestiva de alguna patología cardíaca, pues lo indicado por el paciente hacía referencia a una afectación de tipo gastrointestinal. Tanto

---

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

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

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

así que, en la valoración realizada se encontró sin alteraciones en el examen físico cardiopulmonar. En efecto, así lo indica la historia clínica que obra en el expediente:

### Examen Físico

Signos Vitales											
Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:	Temp:	Oximetría:
1.72	Mts	77.9	Kg	26.3318	110	70	83	70	18	36.5	98

Examen Físico

Estado General: BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, **SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

EF Organos de los Sentidos: MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS, CUELLO SIN MASAS, NI ADENOMEGALIAS, OTOSCOPIA DERECHA E IZQUIERDA SIN ALTERACIONES. FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL.

**EF Cardiopulmonar:** Sin alteraciones

EF Gastrointestinal: RUIDOS INTESTINALES (+), ABDOMEN BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACION DIFUSA, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

EF Genitourinario: Sin alteraciones

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: Sin alteraciones

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoinmunoematopoyético: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

En consecuencia, teniendo en cuenta que en el caso *sub judice* la atención brindada al señor Henry Rodríguez Quevedo, fue cuidadosa y en todo momento conforme con la *lex artis*, la parte demandante no podrá acreditar culpa alguna imputable al cuerpo médico encargado de atender al paciente, de manera que, al no contarse con uno de los elementos esenciales para que se estructure la responsabilidad imputable a las demandadas, esto es, la culpa o la falla en el servicio, ninguna responsabilidad puede atribuirse a la asegurada y las pretensiones de la demanda deben despacharse desfavorablemente.

## 2. Ausencia de nexo de causalidad.

Bien es sabido que uno de los elementos esenciales de la responsabilidad civil, sea contractual o extracontractual, es el nexo de causalidad, cuya demostración le corresponde a la parte demandante, según lo dispuesto en el art. 167 del C.G.P.

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

No obstante, en el caso que nos ocupa, no se ha probado que los perjuicios que el demandante afirma haber sufrido se deban a la conducta de Salud Total EPS S.A. a través de su operador Virrey Solís IPS S.A. En efecto, según los documentos que obran en el expediente, existen varios elementos que desdibujan de tajo la existencia de cualquier nexo de causalidad entre el actuar de la mencionada clínica y los perjuicios reclamados por la parte demandante, en primer lugar, el señor Henry Rodríguez Quevedo padecía múltiples enfermedades de base (diabetes mellitus descontrolada, hipertensión mal controlada) y además era fumador pesado, tal como se puede constatar en los antecedentes de la historia clínica que reposa en el expediente.

Por otro lado, el nexo causal no se encuentra configurado en el presente caso, toda vez que: i) para el 10 de abril de 2019 no era posible que el personal médico tratante hubiera sospechado una posible patología cardíaca que ameritara atención inmediata en el servicio de urgencias, dada la sintomatología que presentaba el paciente en ese momento, por lo que no se advierte acto médico erróneo alguno al cual se pueda reconducir el daño reclamado y ii) porque, en todo caso, las secuelas presentadas por el paciente corresponden a la gravedad de la patología que sufrió, la cual fue de presentación atípica.

No puede perderse de vista que frente a este particular la Corte Suprema de Justicia ha planteado que para la demostración de una conducta culposa y su nexo causal con el daño, no basta con que exista un resultado indeseado luego del acto médico:

*“(…) conviene insistir en que el fundamento de la responsabilidad civil del médico es la culpa, conforme la regla general que impera en el sistema jurídico de derecho privado colombiano. Por consiguiente, salvo supuestos excepcionales –como la existencia de pacto expreso en contrario –, la procedencia de un reclamo judicial indemnizatorio relacionado con un tratamiento o intervención médica no puede establecerse a partir de la simple obtención de un resultado indeseado –v.gr. el agravamiento o la falta de curación del paciente–, sino de la comprobación de que tal contingencia vino precedida causalmente de un actuar contrario al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud.”<sup>4</sup> (Resaltado propio).*

Se insiste, por tanto, que no hay nexo de causalidad entre la conducta que se le atribuye a Salud Total EPS S.A. a través de su operador Virrey Solís IPS S.A. y los perjuicios alegados por el señor Henry Rodríguez Quevedo, por lo cual, las pretensiones de la demanda se deben desestimar.

### 3. Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados.

De conformidad con el artículo 167 del C.G.P., “*incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*” de manera que, la carga de la prueba de los elementos que estructuran la responsabilidad -entre ellos el daño-, por regla general, recae en cabeza de la parte demandante y la pretensión de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo. De esta manera, es la parte actora quien debe probar el daño que afirma haber sufrido, además de los demás elementos de la responsabilidad.

Adicionalmente, para que el daño sea indemnizable, debe ser **cierto, directo** y la parte que reclama su reparación debe probar no sólo su **existencia, sino su cuantía y extensión**. Se reitera que, en el presente caso, no se han configurado todos los elementos de la responsabilidad, especialmente no se puede endilgar responsabilidad alguna, a título de culpa, a Salud Total EPS S.A. a través de su operador Virrey Solís IPS S.A. dentro del presente proceso, al no existir acto médico erróneo alguno.

En el presente caso, concluido el trámite probatorio del proceso, el despacho podrá concluir que no se constatan los elementos del daño indemnizable, pues no existe prueba de los perjuicios cuya reparación se pretende, sobre todo, no existe prueba de que los perjuicios ocasionados sean imputables al extremo pasivo del proceso.

Además de lo anterior, tal como se esbozó desde el acápite de objeción al juramento estimatorio, en el presente proceso la parte demandante no aporta ni solicita pruebas que acrediten la existencia ni la extensión del perjuicio que aduce como daño patrimonial por lucro cesante y. los montos reclamados por la parte demandante superan por mucho los valores que por daños morales ha reconocido la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil en casos análogos, sin lograr los demandantes demostrar la extensión de los perjuicios que reclama.

### 4. Improcedencia de una sentencia condenatoria.

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

---

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 25 de agosto de 2021, Magistrado Ponente: Luis Alonso Rico Puerta, SC3604-2021, Radicación n.º 47001-31-03-005-2016-00063-01.

En el remoto evento en el que se constate una responsabilidad imputable a Salud Total EPS S.A. a través de su operador Virrey Solís IPS S.A. en el proceso de la referencia, ruego al despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

\*\*\*

## SECCIÓN II: CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE SALUD TOTAL E.P.S-S S.A. A VIRREY SOLÍS IPS S.A.

### I. A los hechos del llamamiento en garantía

Al 1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento, a Chubb no le consta la forma como Salud Total EPS-S garantiza la prestación de los servicios médicos y al respecto mi representada se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

A los numerales 2 y 3. Por tratarse de actos ajenos a la Aseguradora que represento, a Chubb no le consta la relación contractual celebrada entre Virrey Solís IPS S.A. y Salud Total EPS-S ni la extensión que ha tenido este hasta la actualidad y demás términos de esta; por lo tanto, Chubb se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

A los numerales 4 y 5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de conocimiento de mi poderdante, a Chubb no le constan la cláusula de garantía ni las particularidades de la relación contractual celebrada entre Salud Total EPS-S y Virrey Solís IPS S.A. y, por lo tanto, se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

Al 6. Por merecer varias manifestaciones, me permito contestar de la siguiente manera:

- Es cierto que el señor Henry Rodríguez Quevedo interpuso demanda contra Inversiones Clínica del Meta, Melba Aurora Ladino Guevara y Mónica Tatiana Duarte Babativa.
- No es cierto que por los supuestos daños acaecidos por el señor Henry Rodríguez Quevedo, se derive la obligación de indemnizar, máxime cuando los elementos de la responsabilidad no se encuentran configurados y, por lo tanto, son parte del debate que debe ser probado en el desarrollo del proceso.

### II. A las pretensiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de **Chubb**, me opongo a la prosperidad de las pretensiones del llamamiento en garantía formulado por Salud Total EPS-S S.A. en contra de Virrey Solís IPS S.A., por no existir responsabilidad en cabeza de esta última por los hechos que se le imputan, así como ningún incumplimiento por parte de dicha entidad del convenio y/o contrato de prestación de servicios asistenciales suscrito. En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho absolver a Virrey Solís IPS S.A. y a **Chubb** de cualquier imputación de responsabilidad y, correlativamente, condenar a la parte demandante y a Salud Total EPS-S S.A. al pago de las costas y agencias en derecho que se causen con ocasión del trámite del proceso.

### III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía.

Además de las defensas y excepciones planteadas al dar respuesta a los hechos del llamamiento en garantía y de las que resulten probadas en el proceso, que deben ser declaradas de oficio por el Despacho de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, propongo desde ahora las siguientes:

1. **Cumplimiento de las obligaciones contractuales en cabeza de Virrey Solís IPS S.A.**

El fundamento del llamamiento en garantía formulado por Salud Total EPS-S S.A. en contra de Virrey Solís IPS S.A. es el contrato de prestación de servicios de salud, en virtud del cual, la IPS Virrey Solís se obligó a prestar de manera oportuna, diligente y cuidadosa el servicio de salud a los afiliados de la Entidad Promotora de Salud, por lo que, el llamamiento en garantía solo podrá prosperar si hubo un incumplimiento por parte de la IPS de sus obligaciones contractuales y legales.

Sin embargo, existen en el expediente importantes indicadores de la ausencia de responsabilidad contractual de Virrey Solís IPS S.A., pues la atención en salud brindada al señor Henry Rodríguez Quevedo por los profesionales en salud de la entidad fue ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención y a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, fue adecuada, además de oportuna y de calidad.

En efecto, basta con revisar la historia clínica elaborada en Virrey Solís que reposa en el expediente para comprobar que carece de todo fundamento pretender atribuir responsabilidad a Virrey Solís IPS S.A., pues no se aporta prueba alguna que dé cuenta que las acciones realizadas por Virrey Solís IPS S.A. fueran contrarias al protocolo médico aplicable, ni de que se hayan desatendido los síntomas que el señor Rodríguez Quevedo refirió al momento de su atención, razón por la cual, las pretensiones del llamamiento en garantía que Salud Total EPS formula frente a Virrey Solís IPS no están llamadas a prosperar.

En este sentido, se reitera que la atención brindada al señor Henry Rodríguez Quevedo por parte del personal de Virrey Solís IPS fue diligente, cuidadosa y en todo momento conforme con la *lex artis ad hoc*, no podrá establecerse incumplimiento contractual alguno imputable al cuerpo médico encargado de atender al paciente, de manera que, ninguna responsabilidad puede atribuirse a la entidad y las pretensiones del llamamiento en garantía de Salud Total EPS-S S.A. deben despacharse desfavorablemente.

\*\*\*

**SECCIÓN III: CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE VIRREY SOLÍS IPS S.A. A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

**I. A los hechos del llamamiento en garantía**

AI 1.1. Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, a la aseguradora que represento no le constan la naturaleza jurídica, el objeto social ni el domicilio de Virrey Solís IPS S.A. y se atiene a lo que resulte probado en el proceso.

AI 1.2. Es cierto que entre Virrey Solís IPS S.A., como tomador, y Chubb Seguros Colombia, como aseguradora, se celebró un contrato de seguro de responsabilidad civil profesional médica. Sin embargo, al respecto, se hace necesario hacer las siguientes aclaraciones:

- Es cierto que el contrato mencionado se instrumentalizó en la póliza 12-61013, bajo la modalidad de *Claims Made*, para la que se pactó una vigencia comprendida entre el 01 de junio de 2023 y el 31 de mayo de 2024.

- Sin embargo, la póliza 12-61013 corresponde a la renovación de la póliza 12-55561 -que anexo con este escrito- con una vigencia pactada entre el 01 de junio de 2022 y el 31 de mayo de 2023, con modalidad *Claims Made*;
- Las pólizas contratadas bajo la modalidad *Claims Made*, exigen el cumplimiento de dos condiciones para su afectación:
  - i. Los actos médicos deben haber ocurrido con posterioridad al 2 de febrero de 2009 (fecha de retroactividad) y
  - ii. El asegurado debe haber tenido conocimiento de la primera reclamación por los hechos reprochados durante la vigencia de la póliza.
- Esto significa que, como la primera reclamación en contra del asegurado por los hechos aquí debatidos se dio el 16 de febrero de 2023 con el traslado realizado por correo electrónico de la radicación del llamamiento en garantía que le fue formulado por Salud Total EPS S.A. a Virrey Solís IPS, se encuentra que es en vigencia de la póliza 12-55561 donde ocurre dicha reclamación.

Al 1.3. Por contener referencia a varios hechos, me permito dar respuesta a cada uno de ellos en forma separada, así:

- No es cierto que Virrey Solís IPS S.A. fuera vinculada directamente al proceso por la parte demandante, pues fue llamada en garantía por parte de Salud Total EPS.
- Se aclara que la demanda se refiere a la atención médica recibida por el señor Henry Rodríguez Quevedo. Y que la señora Mónica Tatiana Duarte Babativa es una de las codemandadas.

Al 1.4. En cuanto a las pretensiones de la demanda y las imputaciones que en ella se hacen a los demandados, Chubb se atiene al contenido de dicho escrito.

Al 1.5. Lo manifestado en este numeral no constituye un hecho sino apreciaciones jurídicas que corresponden a la decisión que habrá de tomar el Juzgado en este proceso. Sin embargo, es importante resaltar en este punto que en la póliza de seguro referida en este escrito se pactaron las condiciones generales y particulares que regirían el contrato de seguro, así como las exclusiones y límites de la cobertura, los cuales deben ser tenidas en cuenta al momento del fallo.

## II. A las peticiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de Chubb, solicito al Despacho dar estricta aplicación a los contratos de seguro celebrados entre Virrey Solís IPS S.A., como asegurado, y Chubb como aseguradora, instrumentalizados en las pólizas No. 12-55561 y 12-61013 no solo en lo relativo a sus coberturas básicas, sino también en relación con sus exclusiones.

En consecuencia, en el remoto evento en que Virrey Solís IPS S.A. llegare a ser condenada a indemnizar a los demandantes, solicito se observen los términos de los contratos de seguro mencionados y se tenga en cuenta lo siguiente:

- a. Las pólizas que sirven de fundamento al presente llamamiento en garantía, las normas legales (artículo 1127 a 1133 del Código de Comercio Colombiano) y los principios generales de los seguros de daños, describen de manera precisa los amparos, coberturas y límites dentro del cual opera la póliza contratada con Chubb. En consecuencia, le solicito señor juez dar aplicación estricta a las definiciones y descripciones de amparos y coberturas antes mencionados.

- b. Las pólizas de seguro que fundamentan este llamamiento en garantía y el Código de Comercio Colombiano, contemplan exclusiones convencionales y legales de la cobertura. En caso de encontrarse probado en el proceso un hecho que constituya una exclusión convencional o legal, solicito al despacho declararla probada.
- c. El llamamiento en garantía es el medio procesal dispuesto para el ejercicio de la pretensión revérsica, es decir, para exigir de otro un derecho legal o contractual al “...**el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso ...**” (resalto), de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del CGP. Por tanto, en caso de prosperar el llamamiento en garantía, no podría condenarse a Chubb a pagar directamente la indemnización al demandante, sino a reembolsarle a Virrey Solís IPS S.A., lo que este tenga que pagarle al demandante, ello dentro de los términos y condiciones acordados en la póliza.
- d. En particular, debe tenerse en cuenta que la Póliza No.12-61013 cuya vigencia está comprendida entre el 01 de junio de 2023 y el 31 de mayo de 2024, opera según el sistema de reclamación o *Claims Made* no se encontraba vigente para el 16 de febrero de 2023, fecha en se realizó traslado del llamamiento en garantía por parte de Salud Total EPS S.A. a Virrey Solís IPS S.A. y que corresponde a la primera reclamación del proceso de la referencia. Por lo anterior, la única póliza eventualmente llamada a afectarse es la póliza 12-55561.

### III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía.

Además de las defensas y excepciones planteadas al dar respuesta a los hechos del llamamiento en garantía y de las que resulten probadas en el proceso, que deben ser declaradas de oficio por el Despacho, de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, propongo desde ahora las siguientes:

#### 1. Ausencia de cobertura por el factor temporal de la póliza 12-61013

Se fundamenta este medio de defensa en las siguientes consideraciones:

- 1.1. El inciso primero del artículo 4 de la Ley 389 de 1997 introdujo en Colombia la cobertura por el sistema de reclamación o *claims made* en las pólizas de responsabilidad civil, al señalar que:

*“En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.”* (negritas nuestras)

Al referirse a esta norma, el profesor Juan Manuel Díaz-Granados Ortiz<sup>5</sup>, explica:

#### *“2.1. Modalidad de reclamación*

*“Este tipo de cobertura refleja la estructura internacional del sistema claims made, en la cual la póliza cubre solamente las reclamaciones que se formulen al asegurado o al asegurador durante su vigencia. La norma*

---

<sup>5</sup> Díaz-Granados Ortiz, Juan Manuel. El seguro de responsabilidad —2a ed.—Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2012. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, 2012. p. 178. (Colección Textos de Jurisprudencia)

*señala específicamente la reclamación tanto al asegurado como al asegurador, dado que desde la Ley 45 de 1990 la víctima tiene acción directa en contra del asegurador.*

*“A estas hipótesis se restringe el riesgo asegurado. Esto significa que, en un contexto amplio, el riesgo asegurable es la responsabilidad civil; pero en forma específica, para esta modalidad, la ley lo delimita a los reclamos formulados durante la vigencia, así los hechos generadores de responsabilidad hayan ocurrido con anterioridad (véase ilustración 9.3).”*

1.2. En el caso que nos ocupa, como ya se anotó anteriormente, la Póliza No. 12-61013 que fundamenta el llamamiento en garantía y donde Chubb es asegurador opera según el sistema de reclamación. En efecto:

En las condiciones generales de la póliza, bajo el acápite de Delimitación Temporal, se señala:

*“DELIMITACION TEMPORAL*

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

Asimismo, en las condiciones particulares de la póliza, bajo el acápite de Condiciones Adicionales, se señala:

*“La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.”*

1.3. El período de vigencia de la póliza a la que venimos haciendo referencia está comprendido entre el 01 de junio de 2023 y el 31 de mayo de 2024.

Ahora bien, en el caso que nos ocupa, las atenciones brindadas al señor Henry Rodríguez Quevedo tuvieron lugar el 10 de abril de 2019 y la fecha en que Virrey Solís IPS S.A. tuvo conocimiento de la primera reclamación a través del traslado por correo electrónico del llamamiento en garantía formulado por Salud Total EPS S.A. fue el 16 de febrero de 2023, por tanto, la póliza 12-61013 no se encontraba vigente y por lo tanto no está llamada a responder en el presente proceso por el factor temporal, pues la vigencia de la póliza se encuentra comprendida entre el 01 de junio de 2023 y el 31 de mayo de 2024, por lo cual ninguna de las pretensiones del llamamiento en garantía se encuentra llamada a prosperar frente a esa póliza.

**2. Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de Responsabilidad Civil Profesional Médica para Instituciones Médicas, de las pólizas 12-55561 y 12-61013.**

Las Pólizas de Responsabilidad Civil Médica No. 12-55561 y 12-61013 tienen por objeto el amparo de los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales, siempre que el reclamo en contra del asegurado se formule dentro del período de vigencia de la póliza. En efecto, en las condiciones particulares de la póliza, se describe el riesgo así:

**"Cobertura Básica**

**"Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas**

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

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

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

Ahora bien, por acto médico erróneo, debemos entender "... cualquier Acto Médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Profesionales prestados por el Asegurado y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del Asegurado." (Ver cláusula 26, literal b, de las condiciones generales de la póliza).

Partiendo de las anteriores definiciones de la póliza, debe advertirse que los hechos en que se fundamenta la demanda instaurada por el señor Henry Rodríguez Quevedo, en contra de **Virrey Solís IPS S.A.** no constituye un siniestro cubierto bajo las pólizas mencionadas, por los siguientes motivos:

- a. El artículo 1056 del Código de Comercio le permite a la aseguradora elegir libremente cuáles de los riesgos a los cuales se encuentra expuesto el patrimonio del asegurado desea asumir, y en qué condiciones.
- b. En este sentido, a través de la póliza en comento se pretende amparar únicamente los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por actos médicos durante la prestación de sus servicios profesionales.
- c. No obstante, lo anterior, en el caso que nos ocupa, de los argumentos desarrollados por **Virrey Solís IPS S.A.** en su escrito de contestación a la demanda y al llamamiento en garantía y de los documentos que obran en el expediente se deduce, sin duda alguna, que ninguno de los perjuicios que afirma haber sufrido el demandante fue causado por las acciones u omisiones culposas de **Virrey Solís IPS S.A.**
- d. Tampoco se evidencia en el expediente incumplimiento alguno, por parte de **Virrey Solís IPS S.A.** del contrato de prestación de servicios que había suscrito con Salud Total EPS.

- e. Por tanto, al no existir responsabilidad en cabeza de **Virrey Solís IPS S.A.** en calidad de asegurado, no se ha realizado el riesgo cubierto bajo las Pólizas de Responsabilidad Civil Médica No. 12-55561 y 12-61013 y por tanto, no ha nacido ninguna obligación en cabeza de la aseguradora que represento.

En conclusión, las Pólizas de Responsabilidad Civil Médica No. 12-55561 y 12-61013 no se encuentran llamadas a cubrir las pérdidas que han dado origen a la demanda instaurada por el señor Henry Rodríguez Quevedo.

Finalmente, debe tenerse presente que sólo hay lugar a estudiar la responsabilidad de Virrey Solís IPS S.A. y por ende, de Chubb Seguros Colombia S.A., si se encuentra que hay lugar a condenar a Salud Total EPS S.A. como demandada directa y llamante en garantía de la primera. Sin embargo, como esta ha demostrado el cumplimiento de sus obligaciones legales y contractuales frente al señor Henry Rodríguez Quevedo, no hay lugar a emitir condena alguna a dicha entidad prestadora de salud, y mucho menos, frente a Virrey Solís IPS S.A. y a Chubb.

### **3. Valores asegurados y deducibles aplicables.**

En el remoto evento de que llegue a considerarse que hay lugar a condenar a Chubb a reembolsarle a Virrey Solís IPS S.A. las sumas de dinero que esta deba pagarle a Salud Total EPS, el despacho deberá tener en cuenta las condiciones pactadas en las pólizas invocadas.

Así, en primer lugar, debe tenerse en cuenta que solo una de estas pólizas, la No. 12-55561, podría eventualmente resultar afectada por los hechos que dieron lugar a la demanda. Ahora, en relación con el amparo básico de responsabilidad civil médica de dicha póliza, deberá tenerse en cuenta que:

3.1. El valor asegurado por evento o pérdida bajo esta póliza, teniendo en cuenta la fecha de ocurrencia de los hechos que dan lugar a la demanda es de \$1.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual. Sin embargo, frente a los perjuicios extrapatrimoniales existe un sublímite del 50%, por lo que, para estos, la suma asegurada es de \$500.000.000.

3.2. Resulta aplicable el deducible acordado que corresponde al 10% del valor de la pérdida, mínimo \$21.000.000 de todos y cada uno de los reclamos. Esto significa que, ante una eventual condena a Virrey Solís IPS S.A., donde además se le ordene a Chubb reembolsarle a la Asegurada lo pagado a los demandantes, la entidad deberá asumir en cualquier caso una porción de la condena a título de deducible.

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

\*\*\*

#### SECCIÓN IV: SOLICITUD DE PRUEBAS

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

**1. Interrogatorio de parte.**

Solicito al despacho citar a diligencia señor Henry Rodríguez Quevedo, a efectos de absolver el interrogatorio de parte que le formularé en la audiencia respectiva.

**2. Documentales.**

Aporto los documentos contentivos de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas No. 12-55561 y 12-61013 con sus condiciones generales y particulares, para que sean tenidos como prueba en el proceso.

**3. Frente a la solicitud de pruebas de la parte demandante.**

**a. Prueba de oficio.**

Solicito al despacho negar el decreto de oficio a la FISCALÍA 37 LOCAL DE VILLAVICENCIO, en tanto la parte demandante no da indicios de haber procurado su obtención, teniendo la carga de hacerlo.

**4. Ratificación de documentos.**

Manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de todos los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, aportados por la parte demandante, especialmente los denominados:

- Valoración Laboral por Salud Total y Colpensiones que determinaron el Porcentaje de Discapacidad Laboral del señor Henry Rodríguez Quevedo.

En consecuencia, de conformidad con art. 262 del C.G.P., solicito respetuosamente al Despacho imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación.

**5. Frente a la solicitud de pruebas de Virrey Solís IPS S.A.**

Solicito al despacho se decrete, en la oportunidad procesal correspondiente, la oportunidad de Chubb para interrogar los testigos solicitados por Virrey Solís IPS S.A. en su escrito de contestación de la demanda.

\*\*\*

#### SECCIÓN V: ANEXOS

- Los documentos anunciados en el capítulo de pruebas.

El poder y los certificados de existencia y representación ya obran en el expediente pues fueron aportados con la solicitud del expediente digital.

\*\*\*

#### SECCIÓN VI: DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

- Chubb Seguros Colombia S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71 – 21 Torre B, Piso 7, de la ciudad de Bogotá D.C.
- La suscrita apoderada recibirá notificaciones en la Calle 18 B Sur No. 38-54, interior 1805, en Medellín y en los correos electrónicos: [correos@restrepovilla.com](mailto:correos@restrepovilla.com), [decheverri@restrepovilla.com](mailto:decheverri@restrepovilla.com)

Atentamente,



Daney Echeverri Pérez

C.C. 1.036.936.290

T.P. 406.525 del C. S. de la J.

**Póliza Ant.:**

<b>Ramo</b> 12 RESPONSABILIDAD	<b>Operación</b> 02 Renovacion	<b>Póliza</b> 61013	<b>Anexo</b> 0	<b>Referencia</b> 12006101300000
<b>Sucursal</b> 03 BOGOTA	<b>Vigencia del Seguro</b> Desde Año Mes Día Hora 2023 06 01 00			<b>Fecha de Emisión</b> Año Mes Día 2023 06 07
<b>Tomador</b> DIRECCIÓN	VIRREY SOLIS IPS CRA 67 NO 4 G 68			<b>C.C. O NIT</b> <b>Ciudad</b>
				8000037651 BOGOTA
<b>Asegurado</b> DIRECCIÓN	VIRREY SOLIS IPS CRA 67 NO 4 G 68			<b>C.C. O NIT</b> <b>Ciudad</b>
				8000037651 BOGOTA
<b>Beneficiario</b> DIRECCIÓN	TERCEROS AFECTADOS NA			<b>C.C. O NIT</b> <b>Ciudad</b>
				1111 -
<b>Intermediario</b> 30157 AP SEGUROS Y CIA LTDA	0,20			

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

RENEVEA POLIZA NRO. 0055561  
SE RENEVEA LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER.

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.  
Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)  
Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.  
Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax: (57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com) Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>  
**La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.**  
La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima Gravada	370.000.000,00	\$COP
Valor Prima No Gravada	0,00	\$COP
Valor I.V.A.	70.300.000,00	\$COP
<b>Total Prima</b>	<b>370.000.000,00</b>	<b>\$COP</b>
Gastos de Expedicion	12.000,00	\$COP
I.V.A. Gastos Expedicion	2.280,00	\$COP
<b>Total otros Pagos</b>	<b>14.280,00</b>	<b>\$COP</b>
<b>Total a Pagar</b>	<b>440.314.280,00</b>	<b>\$COP</b>

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



**Tomador** Chubb Seguros Colombia S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**VIGILADO**

<b>Ramo</b> 12 RESPONSABILIDAD	<b>Operación</b> 02 RENOVACION	<b>Póliza</b> 61013	<b>Anexo</b> 0	<b>Referencia</b> 12006101300000										
<b>Sucursal</b> 03 BOGOTA	<b>Vigencia del Seguro</b>													
	<b>Desde</b>	Año	Mes	Día	Hora	<b>Hasta</b>	Año	Mes	Día	Hora	<b>Fecha de Emisión</b>	Año	Mes	Día
		2023	06	01	00		2024	05	31	24		2023	06	07

**Especificaciones Adicionales de Póliza**

C O B E R T U R A S				\$ COP VLR. ASEGURADO	\$ COP VLR. PRIMA	\$ COP VLR. IMPUESTO
12	45	INSTITUCIONES MEDICAS	CON CAM	1.000.000.000	370.000.000	70.300.000
*	*	*	*	*	*	*

**VIGILADO** SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

-----  
Hoja Matriz de: OTROS

Ramo: | cod. | Tr. | Nro. Poliza | Nro. Anexo | T.Ane | Cod.Multinal. |  
**RESPONSABILIDAD CIVIL** | 12 | 02 | 61013 | | 0 |

Operacion: **RENOVACION** 1 OPERACION ORIGINAL

-----  
 T.Pol. | Periodo | T. Seg. | T.Neg. 1 | Mod. Seguro 0 | CON: |  
 | | | | COMERCIAL | EXTRA CONTRACTUA |  
 -----

Forma Lucro	Coaseg.	Periodo	Poliza	Pol.Rel/Autor	
Cesante	Pactado	% Indemn.	Meses	Acomod. N	00/
	Negocio 40	No Jumbo			

=====  
 Departamento....: CUNDINAMARCA | Cod.....: 03  
 Sucursal.....: BOGOTA | Cod.....: 03  
 NombA P SEGUROS Y CIA LTDA | Cod. Agente.....: 3-0157  
 | | Coms.Agente...: %/ 20%  
 -----

Tomador.....: VIRREY SOLIS IPS | Nit. CC.....: 8000037651  
 Direccion.....: CRA 67 NO 4 G 68 | Ciudad.....BOGOTA  
 Asegurado.....: VIRREY SOLIS IPS | Nit. CC.....: 8000037651  
 Direccion.....: CRA 67 NO 4 G 68 | BOGOTA  
 Beneficiario....: TERCEROS AFECTADOS | Nit. CC.....: 11111  
 Direccion.....: NA | -  
 Moneda.....: PESOS | Cod.....: 00  
 Tipo de Cambio..: |

-----  
V I G E N C I A S: POLIZA	DOCUMENTO	Calculo: 2=Corto Pl.
Ter Dias Emision Desde Hasta	Desde Hasta	Prima 3=Prorrata
12 365 20230607 20230601 20240531	20230601 20240531	3 4=Especial
 -----

Tipo de Negocio.: Sin Coaseguro %  
 ó Aceptacion....:  
 Coaseguros.....: | Poliza Lider | Doc Lider |  
 Aceptados .....: % Participacion % |

=====  
 Nro. | Bien | Cod | Des | Descripcion del Riesgo: | Suma A/da. Anual  
 de | A. o | de | cr. | | Decl | Ram | Dias | Lim.Max.Asegurado |  
 Rsgo | Tray | Amp | Amp | Bien Asegurado | arac | Esp | Lucro | Lim.Max.Despacho. |  
 -----  
 001 | 001 | 45 | AMA | UTILIDAD BRUTA | N | 12 | | 1000.000.000,00  
**TOTAL VALORES** **1.000.000.000,00**  
 -----

=====  
 Des | Vlr.A/ble/\* Valor | Su | Tasa | V a l o r | \* D e d u c i b l e s \* |  
 Amp | Valor Base\*Despacho | ma | Basica | P r i m a | % | V a l o r |  
 -----  
 AMA | 1000.000.000,00 | S | 0,000 | 370.000.000,00 0,000 |  
**TO** **1.000.000.000,00** **370.000.000,00** **... TOTALES**

-----  
Hoja Matriz de: OTROS

Ramo: | cod. | Tr. | Nro. Poliza | Nro. Anexo | T.Ane | Cod.Multinal. |  
RESPONSABILIDAD CIVIL | 12 | 02 | 61013 | | 0 |

Operacion:RENOVACION

1 OPERACION ORIGINAL

-----  
Continuacion de la pagina Anterior  
=====

=====

Nro. Rsgo	Direccion riesgo	/	Desc. Actividad	Codigo Ubica.	Codigo Ocupac.	Grupo Const	Clasi fica.
-----------	------------------	---	-----------------	---------------	----------------	-------------	-------------

001	CRA 67 NO 4 G 68		OTROS		7011		
===== COASEGUROS CEDIDOS =====							

Clausulas y Textos:  
-----

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

Confirmamos por medio del presente la cesión facultativa aceptada por ustedes, de acuerdo a los terminos y condiciones detallados a continuación.

*We hereby confirm the Facultative cession accepted by you in accordance with the terms and conditions, as follows:*

Certificado N°	:	<b>GCP/ 12-00000</b>	
Asegurado	:	<b>VIRREY SOLIS IPS</b>	
<i>Insured</i>			
Codigo Multinacional	:	Rcc Treaty	
<i>Multinational Code</i>			
Poliza Local No.	:	0061013	
<i>Local Policy No.</i>			
Endoso No.	:	00000	
<i>Endorsement No.</i>			
Ubicación	:	CRA 67 NO 4 G 68	BOGOTA
<i>Location</i>			
Ramo	:	RESPONSABILIDAD	
<i>Line of Bussines</i>			
Vigencia	:	2023/06/01 a 2024/05/31	
<i>Policy Term</i>			
Bienes Asegurados	:		
<i>Insured Properties</i>			
Moneda	:	PESOS	
<i>Currency</i>			
Suma Asegurada Total	:		1,000,000,000.00
<i>Insured Amount</i>			
Prima Total	:		370.000.000,00
<i>Premium</i>			
Su Participación Suma	:		1,000,000,000.00
<i>Your Share Sum</i>			
Su Participación Prima	:		370.000.000,00
<i>Your Share Premium</i>			
Reserva de Primas	:		
<i>Premium Reserve</i>			
Comisión	:		
<i>Commission</i>			
Saldo Neto	:		370.000.000,00
<i>Net Balance</i>			
Observaciones	:	CONTRATO	
<i>Observations</i>		RENOVACION	

Los demás términos y condiciones se muestran en documento adjunto, mismo que deberán revisar y, en caso de estar conformes, devolver copia firmada del presente.

*The other terms and conditions are shown in attached document, which you should revise and return signed copy as acceptance confirmation.*

Santa Fe de Bogotá 07 de JUNIO de 2023

Reasegurador  
 Reinsurer

Cedente  
 Cedent

## Certificado de Cesión de Reaseguro

## Anexo "A"

<b>Póliza</b>	<b>Endoso</b>	<b>Certificado Nro.</b>	<b>Operación</b>	<b>Endoso Ref.</b>
0061013	00000	12-00000	02 RENOVACION	0055561
<b>Moneda</b>	<b>Cambio</b>	<b>Emisión</b>	<b>Vigencia</b>	
00		2023/06/07	2023/06/01 A 2024/05/31	
<b>Asegurado</b>				
08000037651-VIRREYSOLIS IPS				
<b>Reasegurador</b>				<b>Broker</b>
-				
<b>Línea de Negocio</b>			<b>Multinational</b>	<b>RCC</b>
7 *****				<b>Treaty</b>
<b>Location</b>			<b>TpoCbr</b>	<b>CshFlw</b>
				<b>Usa</b>
				<b>SpCRsk</b>

## Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	% Cedido	Suma Cedida	Prima Cedida	Comisión	% Comisión	Reserva	% Reserva
12	INSTITUCIONES		1000,000,000.00	370,000,000.00				
		<b>SUBTOTAL</b>	1000,000,000.00	370,000,000.00				

# Certificado de Cesión de Reaseguro

## Anexo "B"

<b>Póliza</b>	<b>Endoso</b>	<b>Certificado Nro.</b>	<b>Operación</b>		<b>Endoso Ref.</b>
0061013	00000	12-00000	02 RENOVACION		0055561
<b>Moneda</b>		<b>Cambio</b>	<b>Emisión</b>	<b>Vigencia</b>	
00 PESOS			2023/06/07	2023/06/01 A 2024/05/31	
<b>Asegurado</b>					
08000037651-VIRREYSOLIS IPS					
<b>Reasegurador</b>					<b>Broker</b>
<b>Línea de Negocio</b>			<b>Multinational</b>	<b>RCC</b>	<b>Treaty</b>
7 *****					
<b>Location</b>			<b>TpoCbr</b>	<b>CshFlw</b>	<b>Usa</b>

### Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	Distribución de Suma	Distrib. de Prima	Comisión	Reserva	Total
RETENIDO						
12	INSTITUCIONES	1000,000,000.00	370,000,000.00			370,000,000.00
		1000,000,000.00	370,000,000.00			370,000,000.00
		1000,000,000.00	370,000,000.00			370,000,000.00

CHUBB - COLOMBIA

Revision

LISTADO DE CONTROL - RESPONSABILIDAD CIVIL

12 -12

HOJA: 1

CHUBB - COLOMBIA

12 - 12

EMITIDO: 2023/06/07 9.47.54

REASEGURO

REA031

Poliza... 61013

Endoso... Ref

Operacion: 02  
Moneda: 00 Cambio:

Emission:2023/06/07 Vigencia:2023/06/01-2024/05/31

No	Ds	Rea	Reasg	Limite	En Exceso	%	Ca	Prima Pactada	Comision	Reserva
01	NA	RET					100.0000	11		
02	NA	RET					100.0000	21		
03	XL	RET		150,000				21		
04	XL	XLl	PZC7	4,850,000	150,000			21		
			05190				100.0000	20220701	20230630	
DISTRIBUCION REASEGURO										
DISTRIBUCION REASEGURO										
Itm	Ssb	Cb						Comision		Reserva
Codigo_y_Nombre	Reaseguradora	%Cedido	Distrib.Sum	Distrib.Prima	Valor	%	Valor	%		
Sbttotal										
Tot Ret										
Tot Ced										
Totales										

**Tomador:** VIRREY SOLIS IPS

**Asegurado:** VIRREY SOLIS IPS

**Vigencia:** A partir del 01 de Junio de 2023 a las 00:00 horas hasta el 31 de Mayo de 2024 a las 24:00 horas.

**Interes:** Responsabilidad Civil Profesional Médica.

**Delimitacion Territorial:** Colombia

**Jurisdicción:** Colombia

**Modalidad de Cobertura:** Claims Made

**Retroactividad:** 2 de febrero de 2009.

**Fecha De Antigüedad:** 26 de marzo de 2021.

Condiciones Economicas (Opciones)

NO SE OTORGA COBERTURA DE GASTOS LEGALES, LA COBERTURA SE LIMITA A CUBRIR LOS DAÑOS HASTA EL LÍMITE CONTRATADO Y DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE LA POLIZA.

Limite de responsabilidad	Deducible por reclamo	Prima Anual Antes de Iva
<b>COP \$1.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual</b>	Demás eventos 10% mínimo \$21.000.000 por reclamo	COP\$370.000.000 + GASTOS DE EMISION (COP 12.000)

Cobertura Basica

➤ **COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA,

ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

### Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugias reconstructivas.	50%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	50%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	50%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	50%
Visitas a domicilio	50%

### Exclusiones Adicionales

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

- ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS.
- RECLAMOS PRESENTADAS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.
- QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.

➤ **Exclusión de Coronavirus – Incumplimiento en seguimiento de Protocolos**

EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE REALIZAR NINGÚN PAGO POR **RECLAMACIÓN O DAÑOS** BAJO ESTA PÓLIZA CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

- (i) EL HECHO DE QUE EL **ASEGURADO** NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
  - a. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE**; O
  - b. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE** (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O

(ii) EL **ASEGURADO** INCUMPLE O FALLA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ADMINISTRACIÓN O GESTIÓN DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE; O

(iii) EL **ASEGURADO**:

- a. FALLA EN LA DIVULGACIÓN Y EVALUACIÓN ADECUADA DE LOS PROTOCOLOS DE MANERA CONSTANTE DE;
- b. REALIZA DECLARACIONES FALSAS Y/O ENGAÑOSAS EN RELACIÓN CON; O
- c. NO ADOPTA LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE** PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL **ASEGURADO** PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DE LA **ENTIDAD TOMADORA**.

PARA PROPÓSITOS DE ESTE ENDOSO, **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE** HACE REFERENCIA A:

1. CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2. NEUMONÍA ATÍPICA O CUALQUIER CEPA DE LA MISMA;

LOS DEMÁS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA PERMANECEN SIN CAMBIOS.

- Se modifica la exclusión 3.27. **CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS** y en su lugar se reemplaza por la siguiente:

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

**3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS**

**ACTOS MÉDICOS** DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

- EXCLUSIÓN OFAC:

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

**Condiciones Adicionales**

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza.
- Fecha de retroactividad: Los **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 2 de febrero de 2009.
- Fecha de **Reconocimiento de antigüedad**: 26 de marzo de 2021.

- Visitas a domicilio.

Mediante el presente texto queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Profesionales** realizados por el **Asegurado** en el domicilio del paciente.

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

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

Mediante el presente texto se elimina la exclusión 3.31.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

- No obstante lo indicado en el clausulado general, no se otorgan **Gastos Legales**. Únicamente se cubren **Daños**.
- **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES LA PRIMA SE INDICARA EN EL MOMENTO QUE EL ASEGURADO LO SOLICITE.**
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.
- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I - 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041.

**Participacion CHUBB:** 100% de la anterior Suma Asegurada y prima

**Términos de Pago de Prima:** Cláusula de pago de prima 30 días calendario.

**Nota 1:**

Chubb Seguros Colombia es una subsidiaria de una compañía estadounidense. Como resultado, Chubb Seguros Colombia está sujeto a ciertas leyes y regulaciones de los EE. UU., además de las restricciones de sanciones nacionales, de la UE y de la ONU, que pueden prohibirle proporcionar cobertura o pagar reclamaciones de siniestros a ciertas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con ciertos países como Irán, Siria, Corea del Norte, Región de Crimea y Cuba.

CHUBB®

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

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

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

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

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

### CONDICIONES GENERALES

#### 1. COBERTURAS

#### COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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

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

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

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

## **2. COBERTURAS ADICIONALES**

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

### **2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS**

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

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

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

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

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

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

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

### **2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES**

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

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

### **3. EXCLUSIONES**

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

#### **3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES**

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

#### **3.2. MULTAS Y SANCIONES**

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

#### **3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES**

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

#### **3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES**

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

#### **3.5. SEGUROS ANTERIORES**

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

#### **3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO**

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

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

#### **3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO**

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

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

### **3.8. PRÁCTICAS LABORALES**

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

### **3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS**

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

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

### **3.10. GUERRA Y TERRORISMO**

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

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

### **3.11. CONTAMINACIÓN**

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

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

### **3.12. DISCRIMINACIÓN**

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

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

### **3.13. ASBESTOS**

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

### **3.14. REACCIÓN NUCLEAR**

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

### **3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS**

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

### **3.16. HONORARIOS**

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

### **3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS**

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

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

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

### **3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS**

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

### **3.20. ANESTESIA GENERAL**

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

### **3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL**

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

### **3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS**

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

### **3.23. SECRETOS PROFESIONALES**

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

### **3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO**

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

### **3.25. CAMBIO DE SEXO**

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

### **3.26. DAÑOS GENÉTICOS**

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

### **3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS**

**ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.**

### **3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN**

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

### **3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.**

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

### **3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.**

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

### **3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO**

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

### **3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN**

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

### **3.33. PROHIBICIONES LEGALES**

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

### **3.34. FALLOS DE TUTELA**

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

### **3.35. EVENTO CIBERNETICO**

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

### **3.36 DAÑOS NO COMPRENDE**

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

### **3.37 CONDUCTA SEXUAL**

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

**CONDUCTA SEXUAL** significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

#### 4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

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

#### 5. DEDUCIBLE

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

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

##### 6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

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

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

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

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

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

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

## **6.3 DEFENSA**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

#### 7. DISTRIBUCIÓN.

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

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

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

#### 8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

## 9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los con tratantes:

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

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

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

## 10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

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

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

## 11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

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

## 12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

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

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

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

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

### 13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

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

### 14. COMUNICACIONES

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

### 15. FORMULARIO DE SOLICITUD

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

### 16. CESIÓN

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

### 17. PAGO DE PRIMAS

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

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

### 18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

## 19. DELIMITACION TEMPORAL

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

## 20. RENOVACION

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

## 21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

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

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

## 22. LEY Y JURISDICCION APLICABLES

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

## 23. DELIMITACION TERRITORIAL

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

## 24. MANEJO DE INFORMACION

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

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

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

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

## 25. GARANTIAS

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

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

a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.

b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.

c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)

e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:

- Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
- Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
- Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

## 26. DEFINICIONES

### a. Acto Médico

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

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

### b. Acto Médico Erróneo

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

### c. Asegurado

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

### d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

### e. Contaminantes

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

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

#### **f. Gastos Legales**

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

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

#### **g. Daños**

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

**Daños** no comprende:

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

#### **h. Dato**

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

#### **i. Datos Personales**

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

#### **j. Evento Cibernético**

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red

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

**k. Fecha de Retroactividad**

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

**l. Periodo Contractual**

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

**m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**

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

**n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales**

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

**o. Reclamación**

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

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

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

**p. Reconocimiento de Antigüedad**

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

**q. Servicios Profesionales**

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

**r. Tomador**

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

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

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico

Bogotá D.C., Colombia.

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

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

Fax: (+57) 601 6108164

e-mail: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com)

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

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

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



Es muy sencillo...

## OPCIÓN 1

A través de nuestro portal [www.chubb.com.co](http://www.chubb.com.co)



## OPCIÓN 2

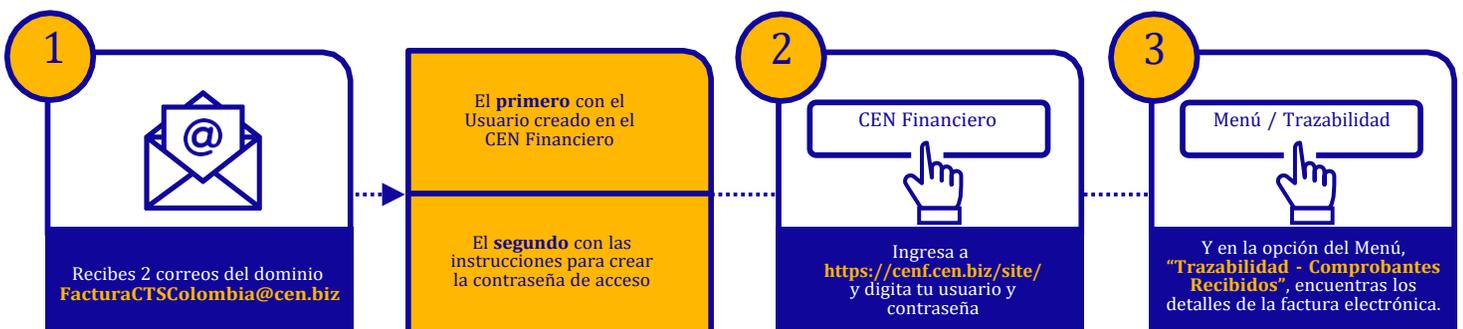
A través de nuestra plataforma **iChubb**



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

## OPCIÓN 3

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



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

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

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

Chubb. Insured.™

**Póliza Ant.:**

<b>Ramo</b> 12 RESPONSABILIDAD	<b>Operación</b> 02 Renovacion	<b>Póliza</b> 55561	<b>Anexo</b> 0	<b>Referencia</b> 12005556100000
<b>Sucursal</b> 03 BOGOTA	<b>Vigencia del Seguro</b> Año Mes Día Hora <b>Desde</b> 2022 06 01 00 <b>Hasta</b> 2023 05 31 24			<b>Fecha de Emisión</b> Año Mes Día 2022 06 10
<b>Tomador</b> VIRREY SOLIS IPS <b>Dirección</b> CRA 67 NO 4 G 68				<b>C.C. O NIT</b> 8000037651 <b>Ciudad</b> BOGOTA
<b>Asegurado</b> VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES <b>Dirección</b> .				<b>C.C. O NIT</b> 30 <b>Ciudad</b> .
<b>Beneficiario</b> TERCEROS AFECTADOS <b>Dirección</b> 1 22				<b>C.C. O NIT</b> 1111 <b>Ciudad</b> .
<b>Intermediario</b> 30157 AP SEGUROS Y CIA LTDA				

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

<p>RENEVA POLIZA NRO. 0049375</p> <p>SE RENEVA LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER.</p>
--

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**VIGILADO**

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.  
 Para mayor información contáctenos al e-mail [pagos.clientes@chubb.com](mailto:pagos.clientes@chubb.com)  
 Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.  
 Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57 601) 6108161 Fax: (57 601) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com) Página Web: <http://www.ustarizabogados.com>  
**La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.**  
 La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima Gravada	299.000.000,00	\$COP
Valor Prima No Gravada	0,00	\$COP
Valor I.V.A.	56.810.000,00	\$COP
<b>Total Prima</b>	<b>299.000.000,00</b>	<b>\$COP</b>
Gastos de Expedicion	0,00	\$COP
I.V.A. Gastos Expedicion	0,00	\$COP
<b>Total otros Pagos</b>	<b>0,00</b>	<b>\$COP</b>
<b>Total a Pagar</b>	<b>355.810.000,00</b>	<b>\$COP</b>

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



Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

AGENTE

<b>PÓLIZA No.</b> 12/0055561	<b>ANEXO No.</b>	<b>PAG. No.</b>
VIRREY SOLIS IPS		



<b>Tomador:</b>	VIRREY SOLIS IPS
<b>Asegurado:</b>	VIRREY SOLIS IPS
<b>Vigencia:</b>	A partir del 01 de Junio de 2022 a las 00:00 horas hasta el 31 de Mayo de 2023 a las 24:00 horas.
<b>Interes:</b>	Responsabilidad Civil Profesional Médica.
<b>Delimitacion Territorial:</b>	Colombia
<b>Jurisdicción:</b>	Colombia
<b>Modalidad de Cobertura:</b>	Claims Made
<b>Retroactividad:</b>	2 de febrero de 2009.
<b>Fecha De Antigüedad:</b>	26 de marzo de 2021.

## Condiciones Economicas (Opciones)

NO SE OTORGA COBERTURA DE GASTOS LEGALES, LA COBERTURA SE LIMITA A CUBRIR LOS DAÑOS HASTA EL LÍMITE CONTRATADO Y DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE LA POLIZA.

Limite de responsabilidad	Deducible por reclamo	Prima Anual Antes de Iva
<b>COP \$1.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual</b>	Demás eventos 10% mínimo \$21.000.000 por reclamo	COP\$299.000.000

## Cobertura Basica

### ➤ Cobertura De Responsabilidad Civil Para Instituciones Médicas

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

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

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

## Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugias reconstructivas.	50%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	50%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	50%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	50%
Visitas a domicilio	50%

## Exclusiones Adicionales

---

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

- Actos médicos respecto de cirugías bariátricas.
- Reclamos presentados por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.
- Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.
- **Exclusión de Coronavirus – Incumplimiento en seguimiento de Protocolos**

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

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

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

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

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

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

## Condiciones Adicionales

---

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza.
- Fecha de retroactividad: Los **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 2 de febrero de 2009.
- Fecha de **Reconocimiento de antigüedad**: 26 de marzo de 2021.
- Visitas a domicilio.

Mediante el presente texto queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **Reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Profesionales** realizados por el **Asegurado** en el domicilio del paciente.

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

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

Mediante el presente texto se elimina la exclusión 3.31.

Demás términos y condiciones de la **Póliza** permanecen sin cambio.

- No obstante lo indicado en el clausulado general, no se otorgan **Gastos Legales**. Únicamente se cubren **Daños**.
- **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES** de acuerdo a lo estipulado en la condición 8 del Clausulado General: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses.
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.
- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 14/09/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043-000I - 14/09/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGO41.

**Participacion CHUBB:**

100% de la anterior Suma Asegurada y prima

**Términos de Pago de Prima:**

Cláusula de pago de prima 30 días calendario.

**Nota 1:**

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

**CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**

Contacto

---

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Nit. 860.026.518-6

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

A.A. 29782

571 326-6200 Tels

Bogotá D.C., Colombia

CHUBB®

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

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

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

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

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

**CONDICIONES GENERALES**

**1. COBERTURAS**

**COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES  
MÉDICAS**

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

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

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

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

## **2. COBERTURAS ADICIONALES**

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

### **2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS**

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

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

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

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

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

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

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

### **2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES**

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

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

### **3. EXCLUSIONES**

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

#### **3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES**

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

#### **3.2. MULTAS Y SANCIONES**

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

#### **3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES**

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

#### **3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES**

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

#### **3.5. SEGUROS ANTERIORES**

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

#### **3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO**

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

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

#### **3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO**

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

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

### **3.8. PRÁCTICAS LABORALES**

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

### **3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS**

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

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

### **3.10. GUERRA Y TERRORISMO**

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

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

### **3.11. CONTAMINACIÓN**

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

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

### **3.12. DISCRIMINACIÓN**

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

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

### **3.13. ASBESTOS**

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

### **3.14. REACCIÓN NUCLEAR**

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

### **3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS**

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

### **3.16. HONORARIOS**

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

### **3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS**

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

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

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

### **3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS**

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

### **3.20. ANESTESIA GENERAL**

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

### **3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL**

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

### **3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS**

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

### **3.23. SECRETOS PROFESIONALES**

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

### **3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO**

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

### **3.25. CAMBIO DE SEXO**

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

### **3.26. DAÑOS GENÉTICOS**

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

### **3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS**

**ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.**

### **3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN**

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

### **3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.**

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

### **3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.**

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

### **3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO**

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

### **3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN**

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

### **3.33. PROHIBICIONES LEGALES**

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

### **3.34. FALLOS DE TUTELA**

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

### **3.35. EVENTO CIBERNETICO**

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

### **3.36 DAÑOS NO COMPRENDE**

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

### **3.37 CONDUCTA SEXUAL**

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

**CONDUCTA SEXUAL** significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación

#### 4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

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

#### 5. DEDUCIBLE

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

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

##### 6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

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

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

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

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

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

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

## **6.3 DEFENSA**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

#### 7. DISTRIBUCIÓN.

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

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

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

#### 8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

## 9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los con tratantes:

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

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

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

## 10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

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

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

## 11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

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

## 12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

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

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

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

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

### 13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

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

### 14. COMUNICACIONES

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

### 15. FORMULARIO DE SOLICITUD

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

### 16. CESIÓN

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

### 17. PAGO DE PRIMAS

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

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

### 18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

## 19. DELIMITACION TEMPORAL

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

## 20. RENOVACION

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

## 21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

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

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

## 22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

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

## 23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

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

## 24. MANEJO DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

## 25. GARANTIAS

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

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

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

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

## 26. DEFINICIONES

### a. Acto Médico

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

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

### b. Acto Médico Erróneo

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

### c. Asegurado

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

### d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

### e. Contaminantes

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

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

#### **f. Gastos Legales**

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

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

#### **g. Daños**

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

**Daños** no comprende:

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

#### **h. Dato**

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

#### **i. Datos Personales**

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

#### **j. Evento Cibernético**

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red

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

**k. Fecha de Retroactividad**

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

**l. Periodo Contractual**

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

**m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**

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

**n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales**

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

**o. Reclamación**

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

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

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

**p. Reconocimiento de Antigüedad**

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

**q. Servicios Profesionales**

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

**r. Tomador**

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

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

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico

Bogotá D.C., Colombia.

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

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

Fax: (+57) 601 6108164

e-mail: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com)

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

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

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



Es muy sencillo...

## OPCIÓN 1

A través de nuestro portal [www.chubb.com.co](http://www.chubb.com.co)



## OPCIÓN 2

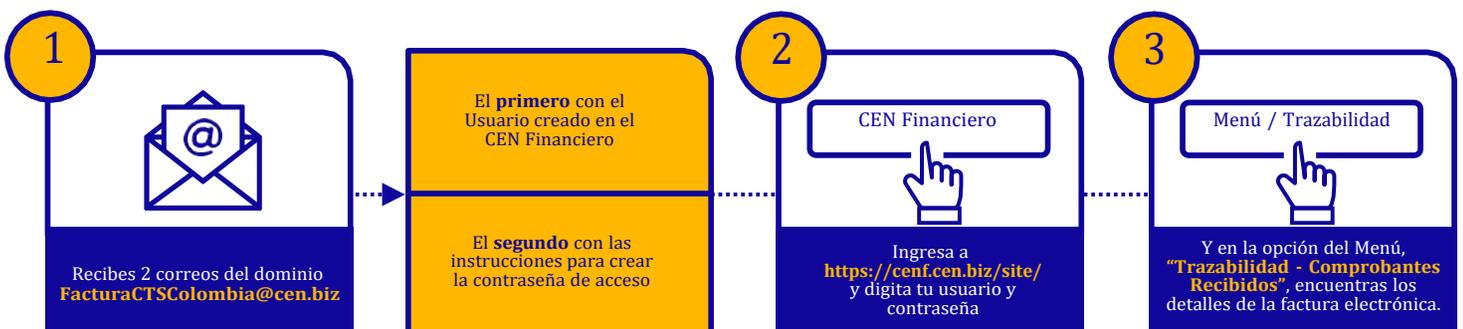
A través de nuestra plataforma **iChubb**



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

## OPCIÓN 3

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



Para más información comunícate con tu Director Comercial.

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

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

Chubb. Insured.™

**RAD. 50001315300220210029400 // Proceso. Henry Rodríguez Quevedo vs. Inversiones Clínica del Meta y otros // Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía formulado por Virrey Solis IPS S.A**

Daney Echeverri Pérez <decheverri@restrepovilla.com>

Mié 06/12/2023 11:25

Para: Juzgado 02 Civil Circuito - Meta - Villavicencio <ccto02vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>; asetran1@gmail.com <asetran1@gmail.com>; claudiomanuel17@hotmail.com <claudiomanuel17@hotmail.com>; NubiaSM@saludtotal.com.co <NubiaSM@saludtotal.com.co>; maye.opcionlegal@gmail.com <maye.opcionlegal@gmail.com>; william angel <william.abogado2015@hotmail.com>; Juridica <juridica@clinicameta.co>; Melissa Pinilla <jefe.juridica@clinicameta.co>; jmelbaladino@gmail.com <jmelbaladino@gmail.com>; m.garcia@equipojuridico.com.co <m.garcia@equipojuridico.com.co>; claudiomanuel7@gmail.com <claudiomanuel7@gmail.com>; vikyluz caldera hoyos <asistentedireccionejecutiva@virreysolisips.com.co>; sanchezmjuliana@hotmail.com <sanchezmjuliana@hotmail.com>  
 CC: Ana Colombia Valencia <avalencia@restrepovilla.com>; Ana Isabel Villa Henríquez <avilla@restrepovilla.com>; Asistente de Litigios <asistentelitigios@restrepovilla.com>; Daniela Zapata Londoño <dzapata@restrepovilla.com>; Esteban Escobar <eescobar@restrepovilla.com>; Jeniffer Mesa <jmesa@restrepovilla.com>; Laura Restrepo Madrid <lrestrepo@restrepovilla.com>; Melissa Londoño Rodríguez <mlondono@restrepovilla.com>; Milena Alzate <malzate@restrepovilla.com>; Santiago Agudelo Giraldo <sagudelo@restrepovilla.com>; Santiago Rojas Bernal <srojas@restrepovilla.com>; Valentina Arango Castaño <varango@restrepovilla.com>

 3 archivos adjuntos (2 MB)

2023.12.04 Contestacion a la demanda y llg Inversiones Virrey Solis - Chubb.pdf; Póliza Chubb 55561.pdf; POLIZA CHUBB 61013.pdf;

Señores

**Juzgado 2° Civil del Circuito de Villavicencio**

E. S. D.

Proceso:	Verbal
Demandantes:	<b>Henry Rodríguez Quevedo</b>
Demandados:	<b>Inversiones Clínica del Meta y otros</b>
Radicado:	50001315300220210029400
Asunto:	Contestación de la demanda y llamamiento en garantía de Virrey Solís IPS S.A.

**Daney Echeverri Pérez**, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.036.936.290, portadora de la T.P. 406.525 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita de la sociedad de servicios jurídicos **RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.**, apoderada judicial de **Chubb Seguros Colombia S.A.** (en adelante Chubb), de conformidad con el poder que reposa en el expediente, me permito dar respuesta a la demanda promovida por el señor Henry Rodríguez Quevedo en contra de Inversiones Clínica del Meta y otros, al llamamiento en garantía que Salud Total EPS-S S.A. formuló en contra de Virrey Solís IPS S.A. y, finalmente, al llamamiento en garantía que le formuló esta última a Chubb, en los términos de la documentación que se anexa.

Adicionalmente, en cumplimiento del deber impuesto a los apoderados judiciales en virtud del artículo 78, numeral 14 del Código General del Proceso, envío copia del pronunciamiento a las demás partes del proceso.

Finalmente, enlisto los adjuntos enviados así:

1. Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía de Virrey Solís IPS S.A.
2. Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas No. 12-55561 con sus condiciones generales y particulares.

3. Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas No. 12-61013 con sus condiciones generales y particulares.

El poder y los certificados de existencia y representación legal de Chubb Seguros Colombia S.A. y de Restrepo & Villa Abogados, fueron remitidos con la solicitud de acceso al expediente.

Atentamente,

**Restrepo & Villa**  
A B O G A D O S

Daney Echeverri Pérez  
Cel. 3216296873  
decheverri@restrepovilla.com  
www.restrepovilla.com