

Señores

JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA

E. S. D.

Radicado: **66001-33-33-005-2018-00203-00**

Medio de Control: **REPARACIÓN DIRECTA**

Demandante: **OLGA LILIANA SIERRA VELASQUEZ Y OTROS**

Demandado: **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ANSERMA,
CLÍNICA DE LOS ROSALES Y OTROS**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecina de Cali, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Santiago de Cali, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C.S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** de conformidad con el poder de sustitución que ya obra en el expediente, me dirijo a usted de manera respetuosa a fin de manifestar que procedo dentro del término legal a contestar la demanda formulada por la señora **OLGA LILIANA SIERRA VELÁSQUEZ Y OTROS** contra de la **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ANSERMA, CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, CLÍNICA DE LOS ROSALES Y OTROS**, de acuerdo con los fundamentos que se esgrimen a continuación:

ÍNDICE

CAPITULO I.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA
CAPITULO II.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES
CAPITULO III.	EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA
CAPITULO IV.	CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
CAPITULO V.	PRUEBAS
CAPITULO VI.	CONDENA EN COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO
CAPITULO VII.	ANEXOS
CAPITULO VIII.	NOTIFICACIONES

CAPITULO I.

CONSIDERACIONES PREVIAS FRENTE A LOS HECHOS Y RAZONES EN DERECHO DE LA DEFENSA

Sobre los hechos y pretensiones que son motivo de la demanda e invocados como fundamento del presente medio de control, y en los que supuestamente se hace consistir la responsabilidad de perjuicios con ocasión del presunto daño causado al menor **CAMILO CORRALES SIERRA** advertimos desde ya, dando respuesta a las consideraciones jurídicas que deja entrever en la formulación de hechos la parte actora, que la actividad médica no es una actividad peligrosa, así su práctica de ordinario entraña sendos riesgos de estirpe médico terapéutico; recordando que el alea terapéutica corresponde a la parte de la incertidumbre inherente a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el acto médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia, riesgos que se han estimado, en mayor o menor proporción, dependiendo de su tipología y una serie de factores exógenos o extrínsecos, ajenos a la pericia, destreza e intención del galeno, tales como la edad, las preexistencias, los antecedentes genéticos y patológicos de cada paciente.

No puede de ninguna manera atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, inconcreto, en lo atinente a la carga de la prueba, ya que desarticula en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencia lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos.

El quico médico por antonomasia procuró preservar y salvar la salud de su paciente (medicina curativa), y no de menoscabar su integridad física y mental, para lo que se implementó la terapéutica indicada.

En igual sentido el Dr. Fernando guzmán mora, señala que la medicina es esencialmente una vocación y un oficio de servicio, el daño que se puede producir en el organismo del enfermo es consecuencia del objeto mismo del acto médico: restablecer la salud del paciente, aliviar los efectos de las enfermedades, prevenir complicaciones de la misma, luchar contra la muerte o rehabilitar los efectos de las lesiones de cualquier tipo.

Sobre dicha materia la doctrina ha expresado:

"(...) El riesgo profesional de suyo existente. No es puesto en acción por los médicos o por los establecimientos sanitarios. No hay un actuar espontaneo de los facultativos o de los entes (per se). Por el contrario es el enfermo quien con su salud quebrantada reclama imperiosa o necesaria asistencia, y reclama que se ponga el

riesgo médico en acción, riesgo este que por lo demás, es imprescindible para ventajar el estado de salud del paciente o para salvarle la vida (...)."

En ese orden de ideas y descendiendo al caso concreto, desde ya se advierte que al paciente **CAMILO CORRALES SIERRA**, se le brindaron las atenciones médicas que requería de acuerdo al compromiso que presentaba, como más adelante pasamos a verificar, sin que exista evidencia científica cierta o probatoria que permita siquiera inferir que el compromiso que aduce derivó de un mal diagnóstico o pudiera tener origen en mala práctica médica, máxime si la obligación en materia médica que le incumbe a este tipo de servicios es de medios, pues si se pretendiera considerar que la obligación médica es de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tal como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asumo el paciente, y es el quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular del prestador de servicio.

CAPITULO II

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

RESPECTO AL HECHO "1": Este hecho contiene varias manifestaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de la siguiente manera:

- a) No nos consta de forma directa o indirecta que señores Carlos Andrés Corrales Álvarez y Olga Liliana Sierra Velásquez, fueran ciudadanos Colombo británicos, ni que efectivamente fueran cónyuges y compartieran ininterrumpidamente algún tipo de vínculo afectivo o sentimental para el momento de los hechos.
- b) No nos consta de ninguna manera que de la unión de los señores Carlos Andrés Corrales Álvarez y Olga Liliana Sierra Velásquez naciera el menor Camilo Corrales Sierra, así como tampoco me consta de forma directa la fecha y el lugar de nacimiento del citado menor.

Conforme a lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

RESPECTO AL HECHO "2": Este hecho contiene varias manifestaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de la siguiente manera:

- a) No nos consta de forma directa o indirecta que para el día 30 de agosto de 2016, durante su estadía en Colombia, el menor Camilo Corrales Sierra presentara dolor de cabeza, fiebre y vómito, así como tampoco nos consta cual era la patología que cursará en ese momento, como quiera que estos son síntomas inespecíficos y son constitucionales, por lo tanto no revelan la etiología de ninguna enfermedad.
- b) De la misma manera, no nos consta de manera directa o indirecta que la madre del menor Camilo Corrales, se dirigiera con él al Hospital San Vicente de Paul para ser atendido en el servicio de urgencias. Me atengo a lo transcrito en la historia clínica de dicha institución.
- c) No me consta que tipo de medicamentos intravenosos se suministraran el menor, así como tampoco me consta el nombre del médico que los ordenará. Lo anterior, comoquiera que la atención brindada en el Hospital San Vicente no es de conocimiento de mi procurada.

Conforme a lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

RESPECTO AL HECHO "3": No nos consta de forma indirecta o indirecta los síntomas que presentare el menor Camilo Carrales Sierra para el día 31 de agosto del año 2016, no obstante lo anterior, debemos reiterar lo aunado al contestar el hecho que nos antecede, en el sentido de indicar que los síntomas hasta este momento narrados no son específicos ni constitucionales, no permiten identificar la presencia de ninguna patología. Por lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

RESPECTO AL HECHO "4": No nos consta de forma indirecta o indirecta los síntomas que presentare el menor Camilo Carrales Sierra para el día 31 de agosto del año 2016, no obstante lo anterior, debemos reiterar lo aunado al contestar el hecho que nos antecede, en el sentido de indicar que los síntomas hasta este momento narrados no son específicos ni constitucionales, no permiten identificar la presencia de ninguna patología. Por lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

455

RESPECTO AL HECHO "5": No nos consta de forma indirecta o indirecta los síntomas que presentare el menor Camilo Carrales Sierra para el día 31 de agosto del año 2016, no obstante lo anterior, debemos reiterar lo aunado al contestar el hecho que nos antecede, en el sentido de indicar que los síntomas hasta este momento narrados no son específicos ni constitucionales, no permiten identificar la presencia de ninguna patología. Por lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

RESPECTO AL HECHO "6": Conforme al estudio de la historia clínica arrimada al plenario, debemos expresar que es parcialmente cierto, comoquiera que en la epicrisis de la CLÍNICA LOS ROSALES se tiene que el paciente ingresó el día 31 de agosto de 2018 a las 16:42 pm a la citada institución. Sumado a lo anterior, debemos precisar que el menor es traído por iniciativa de su madre, tal y como lo refiere el libelista en el hecho quinto del medio de control cuando aduce que la señora decide por su voluntad retirarlo del centro asistencial donde se encontraba hospitalizado y traerlo sin remisión a Pereira.

En el mismo sentido, se debe anotar que la epicrisis de la CLÍNICA DE LOS ROSALES, da habida cuenta del estado de salud en que llegó el menor, haciendo especial hincapié en que al momento del ingreso a institución no se contaba con ayudas diagnósticas que permitieran saber cuál era el posible diagnóstico del paciente, y mucho menos cual era la etiología de su enfermedad. Por este motivo, la clínica inicia prestando su atención en salud de la siguiente manera:

"TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

(I) ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA

OBSERVACIONES

TRAÍDO DE ANSERMA CON EDEMA BIPALPEBRAL, BILATERAL, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA Y EMESIS

CLASIFICACIÓN TRIAGE: 1 TRIAGE PRIORIDAD 1.

MOTIVO DE CONSULTA

"FIEBRE, VOMITO Y ESTÁ DELIRANDO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE REFIRIENDO QUE DESDE HACE 2 DÍAS PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS CON CONGESTIÓN NASAL Y DESDE EL DÍA DE AYER QUEJANDO CEFALEA INTENSA, EMESIS ALIMENTARIA OCASIONALMENTE EN PROYECTIL, FIEBRE ALTA CUANTIFICADA HASTA 39.7°C Y DETERIORO DEL ESTADO DE CONCIENCIA HASTA SOMNOLENCIA Y ESTUPOR. ASISTEN A UNIDAD LOCAL DONDE DAN MANEJO SINTOMÁTICO CON DAPIRONA Y METOCLOPRAMIDA, MADRE DECIDE TRAERLO A ESTA INSTITUCIÓN"

De lo anterior, es necesario precisar e indicar que el menor es traído por su madre, a su ingreso reportan alteración en su estado de conciencia, y en general su estado de salud, por lo que es clasificado como TRIAGE I, y por ende, se da prioridad a la atención que requería para aquel momento. Antes de seguir explicando la atención brindada, recordemos que El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo². La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación:

Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Así las cosas, se torna evidente que el paciente es clasificado en triage I de forma correcta, pertinente y diligente, entendiendo la necesidad de atención que merecía y necesitaba el paciente. En este sentido no existe prueba en contra de la atención médica brindada, dado que el TRIAGE I es la clasificación de mayor prioridad para la atención de urgencias.

De la misma manera, se precisa que el mismo demandante reconoce al narrar este hecho, que al menor se le enviaron una serie de exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas por la PRESUNCIÓN DE MENINGITIS BACTERIANA, y como se observa en la epicrisis, el paciente es comentado con la Dra. Duque, pediatra intensivista, a las 17:16

² <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>

pm del 31 de agosto de 2016 y se inicia el proceso de remisión como se evidencia en la nota del enfermero FABIO IVAN FERNANDEZ MONTANCHEZ que registra:

SE COMENTA EN LÍNEA CON ÉRICA MORENO Y EN COMFAMILIAR CON MARYURI SE ENVÍAN SOPORTES
PENDIENTE ACEPTACIÓN

Nota realizada por: FABIO IVÁN FERNÁNDEZ MONTÁNCHEZ fecha:

31/08/16 17:16:28

Reg. 7676

FABIO IVAN FERNÁNDEZ MONTANCHEZ
ENFERMERÍA".

Aquí como se observa, se inician las gestiones del cuerpo médico de la Clínica Rosales tendientes a ubicar en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS al menor, comoquiera que la citada institución no cuenta con este servicio habilitado.

Del mismo modo en la Historia Clínica de Rosales el mismo día 31/08/2013 a las 18:36:02:

URGENCIAS EVOLUCIÓN MEDICO

SE COMENTA PACIENTE CON DR SANZ, CLÍNICA COMEFAMILIAR- UNIKIDS, QUIEN INDICA QUE ACEPTA PACIENTE

SE COORDINA AMBULANCIA Y NOS INDICAN QUE VIENEN PRO EL PACIENTE ALREDEDOR DE LAS 19+30.

"FECHA TIPO DE ATENCIÓN

SEDE DE ATENCIÓN: EDAD:

11 31/08/2016 19:47:05 URGENCIAS

EVOLUCIÓN MEDICO

PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD, EN COMPAÑÍA DE LA MADRE. ACTUALMENTE CON IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE MENINGITIS BACTERIANA SE ENCUENTRA MONITORIZADO EN SALA DE REANIMACIÓN

Finalmente el 31/08/2016 20:21:08 URGENCIAS

"NOTAS ENFERMERÍA

20+15... EGRESA PTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS SALA DE REANIMACIÓN EN COMPAÑÍA DE PERSONAL DE AMBULANCIA ÁNGELES AL LLAMADO MEDICO Y PERSONAL ASISTENCIAL, EN COMPAÑÍA DE SU MAMÁ, CONSCIENTE, SOMNOLIENTO, SE OBSERVA CON EDEMA PARPEBRAL, EDEMA DE MMSS, PALIDO, CON LEV PERMEABLES PASANDO SSN 500CC A 60CC/H POR BIC A NIVEL DE MID, SE ENTREGA RESUMEN DE HC A PERSONAL DE AMBULANCIA, SE ENTREGAN BATAS DESECHABLES A PERSONAL ACOMPAÑANTE DEL PTE, PTE ACEPTADO EN UNI KITS CLICA

COMFAMILIAR, SE LE EXPLICA A LA FAMILIA SOBRE PROCEDIMIENTO A SEGUIR, ACEPTA Y TOLERA TTO, NO PRESENTA COMPLICACIONES.

Nota realizada por: DORA ELSY JIMÉNEZ FERNANDES Fecha: 31/08/16

20:21:11

Reg. 53502

DORA ELSY JIMÉNEZ FERNÁNDEZ

ENFERMERÍA".

Con estos apartes de la historia clínica, queda acreditado que el menor fue ingresado por el servicio de urgencias de la CLÍNICA ROSALES, brindándosele el tratamiento que requería y termino aproximado de una hora se procedió a remitirse al paciente, dado que requería atención en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, servicio que la clínica en comento no tenía, no tiene habilitado.

RESPECTO AL HECHO "7": Conforme al estudio de la historia clínica arrimada al plenario, debemos expresar que es parcialmente cierto lo correspondiente al Dx de MENINGITIS BACTERIANA. No obstante, debe precisarse que no es cierto que el traslado se ordenara unas horas más tarde. Lo realmente verdadero es que el inicio de la remisión se da a las 17:16:28 pm, su ingreso fue a las 16:31:12 pm del 31 de agosto de 2018, por lo que queda plenamente demostrado que NO HABÍA TRANSCURRIDO LA HORA.

Sumado a lo anterior, debe precisarse que el menor no fue remitido por otro centro hospitalario, no fue comentado, dado que de haber sido así, CLÍNICA ROSALES no lo hubiera aceptado dado que no cuenta con unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Con la historia clínica allegada al litigio, queda acreditado que desde su ingreso el menor recibió la atención requerida de acuerdo a los signos y síntomas que presentó, determinándose por parte de los facultativos que el menor requería cuidado en una unidad de cuidado intensivos pediátrica, por lo que se procedió a su remisión en el menor tiempo posible. Lo anterior, demuestra que aunque el paciente fue ingresado sin ser comentado y sin ser remitido por otra institución, la clínica de los rosales prestó su atención y realizó las ayudas diagnósticas pertinentes y cuidados necesarios, procediendo en un término inferior a una hora a iniciar su remisión, la cual es concretada aproximadamente a las tres horas de la siguiente manera:

INGRESO:	16:31 pm del 31 de agosto de 20108
INICIO REMISIÓN:	17:16 PM DEL 31 DE AGOSTO DE 2018
ACEPTADO:	18:36 PM DEL 31 DE AGOSTO DE 2016 UNI KIDS
TRASLADADO:	20:15 del 31 de agosto de 2018 llegada de ambulancia por el menor.

RESPECTO AL HECHO "8": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "9": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "10": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico

de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "11": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "12": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "13": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso

Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "14": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "15": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "16": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es

comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "17": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "18": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "19": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

CAPITULO III.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la prosperidad de todos y cada uno de los perjuicios y peticiones de la demanda, por cuanto los mismos carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que se pretende, al hacer la narración de los supuestos hechos, imputar una supuesta responsabilidad administrativa la cual como se establecerá dentro del proceso, no se estructuró, toda vez que en estos casos impera el principio de la carga de la prueba tanto de la supuesta culpa o falla del servicio, como del daño, de la cuantía del supuesto detrimento y el nexo de causalidad entre uno y el otro.

En efecto, en el derecho Colombiano la carga de la prueba corresponde a quien alegue un hecho del que pretenda derivar consecuencias jurídicas y/o económicas, que por ende debe comprobar su realización. Es por eso que en materia de responsabilidad administrativa del Estado, quien demanda y solicita una indemnización, debe probar que se reúnen los requisitos que conforman esa clase de vínculo jurídico, como son la falla o falta del servicio, la existencia de un daño indemnizable, cuya cuantía debe demostrarse también y la relación de causalidad entre aquella y tal daño.

En tal virtud, con miras a la obtención de una indemnización, no basta alegar la supuesta falla, ni el daño o el supuesto detrimento, por cuanto los mismos no son susceptibles de presunción, de manera que es menester acreditar debidamente su producción, esto comprende la demostración de esos hechos, su identificación y obviamente su cuantificación cierta, sin perjuicio de la relación de causalidad que tienen aquellos con la

acción u omisión de las entidades demandadas y por lo tanto la obligación de indemnizar de éstas, toda vez que al funcionario juzgador le está vedado presumirlos y se tiene que restringir a lo que ciertamente está comprobado en el expediente a través de los medios consagrados por la normatividad procesal, de forma que lo que no aparezca ahí o no fue probado de legal forma, simplemente no existe y por ende no puede ser considerado por el juzgador.

Lo anterior exige que la comprobación del supuesto daño por medio de los elementos de prueba pertinentes sea satisfactoria, es decir, suficiente, para que en ejercicio de la elevada misión de administración de justicia se apliquen atinadamente los principios de la sana crítica para la acertada valoración del acervo probatorio.

Para empezar, ha de manifestarse que resulta inexistente la responsabilidad civil que se pretende endilgar a la demandada, resaltando que un caso como el que nos ocupa, surge entre paciente y médico una relación en la cual éste queda comprometido por una obligación de medio, es decir, que se obliga a emplear toda su pericia, destreza, experiencia y juicio clínico, sin que esto signifique que el médico se encuentre atado a llegar a un resultado determinado. Es decir, las obligaciones del médico para con el paciente son de medio y no de resultado, toda vez que no está en manos de aquél asegurar la curación del paciente, ya que esto en muchas ocasiones depende de circunstancias ajenas al médico, como la naturaleza del tratamiento o los factores de riesgo inherentes al tratamiento terapéutico.

En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 1 de diciembre de 2011, indicó:

5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la *"obligación del médico"* es por regla general de *"medio"*, y en esa medida *"(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste"*, y en el tema de la *"culpa"* se comentó: *"(...) la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad. (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)"* (G.J. n° 1953, pág. 119).

5.2. En fallo de 12 de septiembre de 1985, se expuso: *"(...) con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, (...). Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación"* (G.J. CLXXX n° 2419, pág. 420).

Se concluye entonces, que el ejercicio de la actividad médica está supeditado a que el galeno se compromete a emplear sus conocimientos profesionales para tratar o intervenir a su paciente, con el fin de liberarlo de sus posibles dolencias, sin que lo anterior pueda garantizar al enfermo su curación, ya que esta no siempre depende de la acción efectuada por el profesional de la medicina.

Lo anterior significa que la responsabilidad del médico queda vinculada no al logro de un resultado, como sería, por ejemplo, el caso del contrato de transporte, sino a que se demuestre un actuar diligente en la prestación del servicio de salud, como en este caso ocurre.

Como primera medida, debo argumentar que el desafortunado quebrando de salud de la paciente, hoy demandante, no tuvo su origen en la conducta de los profesionales de la salud pertenecientes al cuerpo médico de la clínica demandada, pues el procedimiento realizado resultaba, no solamente necesario, sino la única solución para salvaguardar la salud del menor Camilo Corrales. En efecto, debe precisarse que los eventos adversos que manifiesta el apoderado de la parte actora sufrió el menor Camilo Corrales Sierra, se deben a las complicaciones propias del proceso de su enfermedad, de ninguna manera, a la atención médica realizado en Clínica Rosales o Clínica Comfamiliar, máxime cuando la aludida falla que se pretende estatuir, ni se precisa con claridad ni mucho menos está probada dentro del plenario.

Al respecto, en sentencia de 3 de noviembre de 1977, la Corte consideró que por lo regular las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, de ahí que éstos no se obliguen, según se dijo *"a sanar el enfermo, sino a ejecutar el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones"*

Así pues, la obligación que asume el médico, es una obligación de medio, más no de resultado, en razón de que se compromete a brindarle al paciente una esmerada y cuidadosa atención médica, de conformidad con los cánones de la ciencia médica, garantizando el poner todos y cada uno de los medios a su alcance, en concordancia con los principios deontológicos de la ciencia, y la lex artis, en procura de la preservación y mejoría del paciente, sin que de suyo implique el éxito o el buen suceso derivado del acto médico, pero si una diligencia para alcanzarlo. En este orden de ideas, mediante sentencia del 12 de Septiembre de 1985, la corte Suprema de Justicia precisó que: *"Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia (...) por lo*

tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo"

Luego entonces, al no reunirse los presupuestos fácticos y jurídicos, exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la demandada, tampoco nació ninguna obligación indemnizatoria a ellos imputable.

En este sentido, el actor deberá probar debidamente las afirmaciones argüidas en la demanda, en la cual no se logra identificar cuál es el reproche sobre el actuar médico, puesto que la atención prestada al paciente se realizó de manera perita, diligente y oportuna, en procura de la curación de los padecimientos que lo aquejaban.

De otro lado, las pretensiones no sólo son infundadas, pues como ya se dijo no se configuran los supuestos esenciales para que pueda predicarse que surgió en cabeza de las demandadas la responsabilidad que injustificadamente se les atribuye, si no que denotan un evidente ánimo especulativo partiendo de la estimación desmesurada y carente de sustento probatorio. Por consiguiente, además de negar las pretensiones del libelo, ruego imponer la correspondiente condena en costas y agencias en derecho a la parte actora.

Bajo ese contexto, procedo a pronunciarme frente a las pretensiones de la parte actora así:

Me opongo de manera directa a la presente declaración y condena toda vez que la Clínica De los Rosales no incurrió en negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño o perjuicio (así como de su cuantía) y la imprescindible relación de causalidad entre el primero y éste último.

Del mismo modo, me opongo a que se declare y condene a los demandados, en especial a mi procurada y a la Clínica de los Rosales como responsable de los supuestos daños y perjuicios ocasionados a los actores por el estado de salud del menor Camilo Corrales, toda vez que la terrenal pretensión que aquí se esgrime, desconoce que la atención, tratamiento y demás servicios prodigados al demandado tanto en la Clínica De los Rosales, se ajustaron a los protocolos establecidos y se practicaron de forma oportuna, perita y diligente.

Por último, debe entenderse que en un caso como el que nos ocupa, las obligaciones contraídas son de medios y que por ende no puede presumirse culpa, cuya prueba compete a la parte actora, pues en la atención, cirugía y terapéuticas aplicadas al paciente se observaron en todo momento la diligencia y cuidado exigibles a los profesionales de la medicina y por ende su conducta está exenta de culpa, luego no

puede atribuirse ningún tipo de responsabilidad civil, profesional o administrativa por las patologías que alega padecer el demandante.

Me opongo igualmente a que se declaren probados los perjuicios a los que alude la parte actora, no sólo porque hasta el momento brillan por su ausencia los elementos de prueba que permitan endilgar de forma contundente una responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, sino porque tampoco se ha acreditado de manera fehaciente que haya existido un detrimento susceptible de reconocerse, toda vez que no existe prueba suficiente para acreditar las elevadas sumas que aquí reclama la parte actora, convirtiéndose ello en un obstáculo insalvable para su reconocimiento, ya que al Juzgador le está vedada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio no demostrado.

Me opongo igualmente a esta pretensión, por cuanto la parte actora ni siquiera especifica y describe de manera clara que gastos constituyen la desbordada suma solicitada en el medio de control, por lo tanto, para que el operador judicial entre a valorar el material probatorio que respalda esta solicitud, es necesario que por lo menos se especifique e identifique a qué corresponde cada gasto, fenómeno que no ocurre en este caso, siendo evidente desde ya, la orfandad probatoria de esta solicitud.

Me opongo igualmente a esta pretensión por las mismas razones en que se fundamenta la oposición a la precedente, pues siendo ajena a la Clínica de los Rosales, así como a la EPS, médico tratante y demás galenos accionados, la responsabilidad que temerariamente pretende atribuirseles, mal podría imponérseles condena alguna para el resarcimiento de supuestos perjuicios que de haberse causado, con ajenos a su conducta.

Ahora bien, con relación a los presuntos PERJUICIOS MATERIALES, en la modalidad de lucro cesante, la misma petición denota un evidente ánimo especulativo partiendo de la estimación desmesurada de los mismos, respecto de los cuales tampoco obra prueba alguna dentro del expediente. No se debe olvidar que la modalidad que invoca aquí como perjuicio, responde precisamente a la ganancia que se ha dejado de obtener como consecuencia al hecho que se reprocha, situación que no se configura en el presente asunto, puesto que además de la inexistente responsabilidad que se endilga, no existe la lesión patrimonial que se reclama sin sustento, máxime que tampoco se cumple el rigor o criterio restrictivo que exige la valoración de esta prueba, esto es, el "quantum", pero sobre todo el nexo causal entre el acto ilícito que se reprocha y el beneficio dejado de percibir.

Así entonces, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, me opongo completamente la pretensión por presuntos perjuicios de carácter material en la modalidad tanto de lucro cesante consolidado o vencido, y futuro o anticipado, así como a la inedxación de la suma que sobre el particular se solicita.

Me opongo a la declaratoria y condena por concepto de Daño Moral a favor de cada uno de los demandantes, en primer lugar, porque no se cumplen los requisitos para que surja o se estructure una responsabilidad como la pretendida, y en segundo lugar, porque en el hipotético caso de considerarse responsabilidad alguna por parte de la Clínica de los Rosales y Clínica COMFAMILIAR RISARALDA deberá tenerse en cuenta que la solicitud de indemnización corresponde a los límites aceptados y contemplados por la jurisprudencia pues dicha estimación resulta excesiva y desproporcionada.

CAPITULO IV.

EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD Y/O DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE CLÍNICA DE LOS ROSALES Y CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA.**

La presente excepcion se fundamenta en que al menor Camilo Corrales ciertamente se le brindó el tratamiento adecuado. Así mismo, es menester resaltar que la paciente es atendida oportunamente en Clínica Los Rosales S.A. y en la Clínica Comfamiliar.

Respecto al actuar de la Clínica Los Rosales S.A. Conforme a la historia clínica que obra como prueba documental dentro del expediente, de ella se puede establecer, una vez revisada la misma, que el procedimiento quirúrgico se realizó adecuada y peritamente y ajustándose a los protocolos de la lex artis.

Adicional a lo anterior, es de resaltarse que mi procurada tampoco intervino durante la fase diagnóstica que se le practicó al actor antes de la realización de la cirugía, puesto que como se observa de las documentales aportadas, las ayudas diagnósticas realizadas 17 antes del procedimiento indicado, se realizaron en instituciones diferentes a mi representada, así como los hallazgos de la endoscopia digestiva alta y el diagnóstico histopatológico, constituían criterios suficientes y ajustados a la lex artis para la realización de la misma, a la que valga la pena indicar, el paciente se sometió de forma voluntaria y consentida.

De cualquier forma, la Clínica De los Rosales prestó al paciente, de manera oportuna, diligente y ajustada a los protocolos de la lex artis, la atención que él requirió, de manera que su conducta estuvo exenta de culpa y por ende no puede atribuírseles ningún tipo de responsabilidad civil profesional, ya que no hubo error alguno y se dio estricto cumplimiento a los protocolos.

En un caso como el que nos ocupa, las obligaciones contraídas son de medios y que por ende no puede presumirse la culpa, cuya prueba compete a la parte actora, pues en la atención, cirugía y terapéuticas aplicadas a la paciente se observaron en todo momento la diligencia y cuidado exigibles a los profesionales de la medicina y por ende su conducta

está exenta de culpa, luego no puede atribuírsele ningún tipo de responsabilidad civil o administrativa por los presuntos daños en la salud del menor Camilo Corrales, quien fue atendida oportunamente en CLÍNICA DE LOS ROSALES. Se precisa que la citada clínica y la CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA cumplen con todos los protocolos institucionales para la atención del paciente, pero durante la atención se presentan una serie de complicaciones inherentes a las patologías de base.

En conclusión, puede decirse de manera diáfana que no está probada la culpa, ni mucho menos una relación causal entre las conductas desplegadas por la Clínica Los Rosales S.A. y el daño reclamado, consistente en las presuntas secuelas derivadas del trauma, mismas que valga aclarar la parte actora no precisa, sino que se limita a citar un fragmento de la H.C.

No sobra señalar que es clara en este caso la inexistencia de la obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, ni siquiera por vía de la solidaridad, por cuanto la entidad que represento es ajena a los procedimientos y diagnósticos realizados al paciente en forma autónoma, diligente y cuidadosa por parte de Clínica Los Rosales al procedimiento en comento.

A partir de lo expuesto, puede concluirse entonces que no se reúnen los presupuestos facticos y jurídicos, exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la institución de salud ni de ninguna de las entidades demandadas en el presente litigio, y por lo tanto, tampoco nació la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele. 18 Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

A partir de lo expuesto, puede concluirse entonces que no se reúnen los presupuestos facticos y jurídicos, exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la institución de salud ni de ninguna de las entidades demandadas en el presente litigio, y por lo tanto, tampoco nació la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele. 18 Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

• **TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS.**

Se formula esta excepción en virtud de que al menor Camilo Corrales Sierra ciertamente se le practicó un tratamiento médico adecuado, dado su diagnóstico y su complejo proceso, correlacionada con las ayudas diagnósticas realizadas a la paciente de forma pertinente, diligente y sin obstáculos en la prestación del servicio realizado por parte de la Clínica Los Rosales; como se confirma con la respectiva historia clínica y la abundante literatura médica que existe sobre estos casos. Por ello señor juez, es que reiteramos que no comprendemos cuál es el reproche y la censura puntual a la atención médica brindada a la señora en cita por parte de la institución prestadora del servicio de salud a la que represento.

Situación que incluso atenta contra el derecho de defensa de la Clínica, toda vez que no permite contradecir un reproche concreto, sino únicamente lo que la ambigüedad de libelo permite colegir.

Ahora bien, los protocolos médicos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud. Son el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos. En otras palabras, los protocolos describen el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento y hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud.

La historia clínica, resultados diagnósticos y el protocolo médico confirman la forma diligente en que fue tratado el paciente y descartan cualquier duda que puedan suscitar la tergiversación de hechos que esgrime la parte actora como fundamento de sus injustas pretensiones, que denotan únicamente una inexcusable confusión de conceptos en busca de una indebida indemnización.

En relación a la salud de las personas, como derecho fundamental protegido y protegible, no puede exigirse, y desde luego el médico no puede garantizar, asistencia que se presta en el ámbito sanitario sea una asistencia resultadista, es decir, que vaya a conseguir siempre y en todo lugar, un resultado favorable para la vida y/o la salud. La relación entre el médico y el paciente se caracteriza como una obligación de medios o diligencia, comprometiéndose únicamente, porque atentaría incluso contra el sentido común ampliar dicho compromiso, a emplear todos los medios que tenga a su disposición atendiendo a la *lex artis*, sin garantizar un resultado final curativo. La medicina no es una ciencia exacta y de resultados sino muy al contrario, una ciencia de medios, lo que significa que efectivamente, el médico está obligado a emplear todos los medios a su alcance y toda su pericia profesional en el cuidado de la salud, como así ocurre en la práctica, pero sin asegurar un resultado que obviamente, es incierto.

Por lo anterior, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

- **INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA DEMANDADA.**

Esta excepción se funda, a más de lo expuesto atrás, en el hecho de que no sólo carece de prueba alguna que acredite relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de Clínica Los Rosales, por ende la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra aquella.

En este orden de cosas, es claro, como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia del Consejo de Estado, que en los eventos en que existen

diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce y por eso la responsabilidad profesional médica, no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el imputado. En conclusión, no habiendo vínculo de causa efecto entre la actuación de la parte pasiva y los supuestos perjuicios que alegan los demandantes, no se compromete a La Clínica Los Rosales, resultando inexistente la responsabilidad que se le atribuye.

En virtud de lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD Y DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS ACTOS DE CLÍNICA LOS ROSALES Y CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA Y LOS SUPUESTOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LOS ACTORES**

Para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que consecuencia de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

- 1) La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. Este elemento deberá ser probado por los demandantes.
- 2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. También compete a las demandantes su demostración.
- 3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiera la categoría de cierto e indemnizable.

De esta manera la jurisprudencia lo ha sostenido mediante ponencia reciente, radicada bajo el No. 17837 con ponencia de la Doctora MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR; en la que señala:

"De cara a este concepto, tratándose del régimen de responsabilidad médica, deberán estar acreditados en el proceso todos los elementos que configuran la responsabilidad de la administración, de manera que le corresponde a la parte actora acreditar el hecho dañoso y su imputabilidad al demandado, el daño y el nexo de causalidad entre estos, para la prosperidad de sus pretensiones. En suma, en cumplimiento del artículo 177 del C. de P. C., incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, y por lo tanto, corresponde a la parte actora probar los hechos por ella alegados." (Subrayado y negrilla nuestro).

Así las cosas, le corresponde a las demandantes comprobar los tres elementos anteriormente anunciados, reiterando que la culpa igualmente debe ser probada, por no encontrarnos dentro de un régimen de culpa presunta, sino por el contrario de culpa probada.

Como quiera que la parte actora no logra erigir los supuestos necesarios para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil aludida, es necesario recalcar que tampoco consigue concretar la existencia de un vínculo, con las características necesarias, que ate el actuar del Clínica De Los Rosales con los supuestos perjuicios alegados por la parte actora.

Así las cosas, es claro que no sólo no existe error en la conducta por parte del personal médico y asistencial, ni el nexo causal entre el daño que se alega y el presunto comportamiento del que se pretende derivar la responsabilidad buscada, puesto es claro que en el presente caso, mi procurada actuó de conformidad con la lex artis, inclusive debe resaltarse el hecho de que la misma no participó dentro del periodo diagnóstico del paciente, y tampoco existe respecto de mi procurada, ningún reproche respecto de la presunta responsabilidad que aquí se busca.

Por lo tanto, es necesario concluir que no se logra demostrar la existencia del vínculo característico que se requiere para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil porque en el caso que acá se debate, la parte actora no logra demostrar cómo el actuar 21 de la demandada es una causa determinante y eficiente para el perfeccionamiento del perjuicio que exige se le repare.

En efecto, la acreditación del vínculo entre el actuar del demandado y los perjuicios que alude haber padecido la actora, debe reunir determinadas condiciones, luego, no es suficiente con una hipotética ligazón abstracta.

Sobre estas calidades se ha referido la Corte Suprema de Justicia, que dijo en el 20022 que:

"El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no solo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quién ha sido el autor del daño, sino que el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato, señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responde de los primeros únicamente cuando son consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento (...)"

Así las cosas, es necesario concluir que la inexistencia del vínculo requerido para que surja una declaratoria de Responsabilidad Civil, genera la absolución de la entidad demandada.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

• **ACTO MÉDICO SE CUMPLIÓ CON FORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA.**

De los documentos anexos al traslado de la demanda, se logra inferir que la atención se brindó conforme los protocolos establecidos y con el lleno de los requisitos y estándares de calidad. A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico de conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar, el médico enfrenta no sólo la situación clínica, en este caso particular la patología de carácter gástrico, sino todo un conjunto de circunstancias clínicas propias de cada paciente, de su entorno social, familiar y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrático de cada paciente, así como el alea terapéutica siempre presente en los tratamientos médicos.

Por ello los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación pero no suficiente.

Dentro del marco de la lex artis, se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "debe hacerse", lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebido son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, entre tanto que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

En este sentido nos identificamos plenamente con los conceptos expuestos por Celia Weingarten al indicar que únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado.

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa (alea terapéutica), o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico. Pues ello visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

En este sentido el Consejo de Estado en Colombia con ponencia del Mg. Julio Cesar Uribe Acosta mediante sentencia de abril 18 de 1994 coincidió en señalar que el Juez no falla controversias científicas. Expuso "El sentenciador encuentra que confrontados los testimonios técnicos, se presentan aspectos que permiten concluir que en algunas circunstancias y facetas científicas las opiniones de los citados profesionales se encuentran divididas, pero en estos casos la doctrina orienta en el sentido de que el Juez no puede tomar partido en tales controversias, filosofía con la cual tanto controvertido,

de no existir una prueba científica que lo defina se queda sin demostración." (Negrilla fuera de texto).

Así mismo, es menester resaltar que la paciente es atendida oportunamente en Clínica Rosales y Clínica Comfamilia Risaralda con de su patología. Se precisa que en las clínicas citadas cumple con todos los protocolos institucionales para la atención del paciente, pero durante la atención se presentan una serie de complicaciones inherentes al proceso de meningitis. Lo anterior debe ser sumado al pobre control prenatal de que presentaba la paciente, situación que impidió evidenciar la verdadera condición clínica de la paciente, la cual no era enteramente normal como se manifiesta en el libelo demandatorio.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

• EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO AL ART. 167 DEL C.G.P. – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA

Para que proceda la condena por la responsabilidad de las entidades que prestan servicios de salud se requiere que se pruebe efectivamente su culpa y ya que dentro de los hechos de la demanda y los documentos aportados no se evidencia la existencia de un actuar negligente o imprudente por parte de los profesionales que atendieron al menor Camilo Corrales Sierra, ni que por parte de la institución de salud existió dilación injustificada o negación del servicio, siendo ese actuar ajeno al resultado que se le pretende imputar, por todo lo fundamentado en el presente escrito y tal como se ha de comprobar a lo largo del proceso judicial.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

• EXONERACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO BRINDADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

Sobre el particular, es menester resaltar que la paciente es atendida oportunamente en Clínica Los Rosales con identificación de factores de riesgo como ausencia de control prenatal. La misma evolución de la paciente obliga a llevar a sala de partos. Se precisa que Clínica Los Rosales S.A. cumple con todos los protocolos institucionales para la atención del paciente, pero durante la atención se presentan una serie de complicaciones inherentes a la enfermedad del menor. Lo anterior debe ser sumado al pobre control prenatal de que presentaba la paciente, situación que impidió evidenciar la verdadera condición clínica de la paciente, la cual no era enteramente normal como se manifiesta en el libelo demandatorio.

El menor Camilo Corrales Sierra recibió todo el manejo médico requerido, atención conforme a la patología que presentaba, así como tratamientos a los que debió ser sometido, hospitalización para observación continua, exámenes especializados y de laboratorio, suministro de medicación, conforme los protocolos médicos establecidos y con el total lleno de los requisitos y estándares de calidad; cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular exige, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en particular en razón al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo cirugía.

Como ya se mencionó, adicional a todo lo anterior, todo tratamiento médico está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente.

Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente, que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento o mala Praxis Médica.

Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado. desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ella no puedan imputarse a un deber de soportar sus competencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad o del equipo médico.

En igual sentido la Corte Constitucional en sentencia T – 645 de noviembre 26/1996 MP. Alejandro Martínez Caballero expuso que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado. Por su parte la Corte Suprema ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio (Sentencia de enero 30/2001 MP. José Fernando Ramírez.) Ruego declarar probada esta excepción.

- **CARENCIA DE PRUEBA DEL SUPUESTO PERJUICIO.**

Esta excepción enerva las pretensiones por concepto de lucro cesante pues, pese a la carencia absoluta de medios de prueba, no sólo de la responsabilidad endilgada ligeramente a Clínica Los Rosales S.A. y demás demandados, sino también de la producción, naturaleza y por supuesto de la cuantía del supuesto perjuicio patrimonial, más cuando éste no es susceptible de presunción alguna, requiere de su fidedigna demostración para poder ser considerado, luego la falta de certidumbre sobre el mismo se traduce en un obstáculo insalvable para su reconocimiento.

En el caso particular, la prueba del perjuicio del lucro cesante futuro solicitado en la demanda, es evidentemente inexistente.

Así pues, ruego a este Despacho declarar probada esta excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.**

Esta excepción se fundamenta en un hecho que es común denominador de la demanda, cual es la recurrente alusión a perjuicios que no están probados, de manera que, pese a la imposibilidad de prosperidad de las pretensiones indemnizatorias debido a la atipicidad de la demanda presentada y a la adecuada atención que se le brindó de forma profesional a la paciente, de todos modos debe destacarse que ni siquiera en gracia de discusión puede acceder a peticiones como las demandadas, en cuanto constituyen la búsqueda de indemnización de un detrimento no padecido.

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA Y OTRAS.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, siempre que exima parcial o totalmente a mi procurada de responsabilidad, incluida la de prescripción.

CAPITULO IV

CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho PRIMERO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho SEGUNDO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho TERCERO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho CUARTO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho QUINTO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho SEXTO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho SÉPTIMO: No es un hecho tendiente a acreditar la existencia de una relación sustancial entre CLÍNICA DE LOS ROSALES Y ALLIANZ SEGUROS S.A. No obstante lo anterior debemos precisar que es cierto, a la apoderada del llamante en garantía se la conferido poder.

**FRENTE A LAS PRETENSIONES TACITAS Y NO EXPLICITAS DEL LLAMAMIENTO
EN GARANTÍA**

Frente a la pretensión PRIMERA: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, comoquiera que por la simple existencia de un contrato de seguro no puede predicarse la obligación indemnizatoria de la aseguradora, en tanto deben cumplirse los presupuestos sustanciales para que esta eventualmente ofrezca cobertura, por ello debemos reiterar al despacho que, la obligación de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente a la pretensión SEGUNDA ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, comoquiera que por la simple existencia de un contrato de seguro no puede predicarse la obligación indemnizatoria de la aseguradora, en tanto deben cumplirse los presupuestos sustanciales para que esta eventualmente ofrezca cobertura, por ello debemos reiterar al despacho que, la obligación de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente a la pretensión TERCERA ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, comoquiera que por la simple existencia de un contrato de seguro no puede predicarse la obligación indemnizatoria de la aseguradora, en tanto deben cumplirse los presupuestos sustanciales para que esta eventualmente ofrezca cobertura, por ello debemos reiterar al despacho que, la obligación de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe

la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR PARTE DE CLÍNICA LOS ROSALES

- NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO MEDIANTE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Sobre el particular, se debe señalarse que la cobertura de las Pólizas de Responsabilidad Civil No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 expedidas por ALLIANZ SEGUROS S.A., con sujeción a las condiciones pactadas en la misma, amparan la responsabilidad civil en que llegare a incurrir el asegurado CLÍNICA LOS ROSALES S.A. de conformidad con lo esgrimido en la póliza en comento. Por ello, teniendo en cuenta que ésta no se estructuró, como quiera que en el pleno no se acreditó una conducta antijurídica atribuible a ella y que a su vez podría constituirse como la causa eficiente del daño alegado, resulta indiscutible la no realización el riesgo asegurado, es decir, no se cumplió la condición de la que pende el nacimiento de la obligación indemnizatoria de la aseguradora. En suma, debe tenerse en cuenta que el objeto del seguro precisa lo siguiente:

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos

Numero de medicos	264,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	119,00
Grupo	B

De lo anterior, se desprende que para que nazca la obligación indemnizatoria a la compañía aseguradora es menester que se configure el riesgo asegurado, en el sub lite, 29 la responsabilidad de la CLÍNICA LOS ROSALES en perjuicio de un tercero afectado, quien es el beneficiario en la relación contractual mencionada anteriormente.

En este orden de ideas, es dable reiterar que para que se configure responsabilidad, es indefectible que exista un daño antijurídico, una conducta dolosa o gravemente culposa y que necesariamente infiera o se configure como la causa eficiente de éste. Es en ese sentido que el aquí demandado, sólo podrá considerarse responsable, en el evento de hallar probado que ejerció u omitió imperita, negligente o imprudentemente una conducta, causando el supuesto daño que alega la parte actora haber sufrido el menor CAMILO CORRALES SIERRA, situación que no ha sido acreditada en el plenario por ningún medio, y en su lugar, lo que se ha acreditado fehacientemente, es que LA CLÍNICA LOS ROSALES no tuvo participación en la producción del daño, ni mucho menos coadyuvó a la creación de las condiciones de riesgo para que éste se estructurara, quedando sentada la inexistencia de una responsabilidad civil predicable del ente en comento, pues con ningún medio propio útil, pertinente y conducente se ha demostrado hasta este episodio procesal que la supuesta falla en el servicio atribuida por la parte activa hubiese sido cometida por LA CLÍNICA LOS ROSALES, de tal suerte que, es inexistente la concreción del riesgo asegurable mediante la citada póliza, expedida por mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. y, en tal sentido, no nace la obligación indemnizatoria para ella.

- **DENTRO DE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A., SE PACTO UNA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA DOCTRINALMENTE COMO CLAIMS MADE O POR RECLAMACIÓN, LO CUAL IMPLICA LA INEXISTENCIA DE COBERTURA PARA ESTE CASO.**

Es necesario mencionar brevemente al despacho, que el límite temporal alude al lapso en el que debe presentarse un hecho o efectuarse una reclamación a fin de que opere la cobertura de la póliza, por ende, si la reclamación se presentó dentro del término pactado o el hecho dentro del periodo de retroactividad, el asegurador asumirá el riesgo amparo, en tanto que la prescripción (art 1081 de Código de Comercio), se refiere al término con que se cuenta para ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro a fin de hacerse acreedor de un derecho. Por ello, es importante que se comprenda la diferencia entre la prescripción de la que trata el artículo 1081 del Código de Comercio y el límite temporal de la póliza, ya que son fenómenos totalmente diferentes.

Así las cosas, es evidente que el asegurador mediante la suscripción de una póliza, puede fijar los límites temporales de la cobertura, es decir que podrá pactar mediante la autonomía de la voluntad de las partes, el lapso o termino por el cual se extenderá la protección al asegurado, lo que se denomina límite temporal.

En el mismo sentido, es menester comprender que el establecer límites temporales en las pólizas de seguro es totalmente válido y eficaz en términos jurídicos, puesto que la ley permite la ocurrencia de estas situaciones de carácter contractual en las relaciones sustanciales entre aseguradores y asegurados, y este término no tiene relación alguna con las instituciones jurídicas de prescripción y caducidad.

En virtud de lo anterior, debe precisarse que para que la póliza de responsabilidad de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. ofrezcan cobertura para el litigio que hoy nos convoca, deben cumplir las condiciones propias de la modalidad de Claims made o reclamación, las cuales son:

- Los hechos deben ocurrir dentro del periodo de vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado.
- La reclamación debe ser formulada a la aseguradora dentro del periodo de vigencia de esta.

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica v Hospitales No 021796479/0 se explicará de la siguiente manera:

Así las cosas, debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura hasta el día 04 de agosto de 2016 (04/08/16), motivo por el cual no existe cobertura para hechos ocurridos o reclamaciones realizadas con posterioridad a la fecha en comento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de reclamaciones realizadas por fuera del periodo de vigencia. Lo anterior, teniendo en cuenta que la fecha de reclamación debe realizarse dentro del periodo de vigencia de la póliza, sumado a que el hecho debe haber ocurrido dentro de este lapso o dentro del periodo de retroactividad pactado en la póliza, y como ocurre en este caso, el día 30 de abril del año 2019, es notificado llamamiento en garantía realizado a mi procurada, momento para el cual no existía vigencia con de la póliza en comento, encontrándose dicha reclamación muy por fuera de lo establecido en las condiciones del citado contrato de seguro.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, es evidente que en el presente caso para el día 30 de abril del año 2019, fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a mi defendida, no existía cobertura por parte de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales no 021796479/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. que utiliza el operador judicial para ejecutar su llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, tenemos que aclarar que la Clínica de los Rosales formula llamamiento en garantía fuera del límite temporal pactado, momento para el cual no estaba vigente la póliza en comento, comoquiera que este llamamiento en garantía constituye el reclamo judicial o extrajudicial que debe realizarse dentro del periodo de vigencia según la modalidad de cobertura de Claims Made o reclamación explicado anteriormente. Debe tenerse como momento de la reclamación la fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a ALLIANZ SEGUROS, porque es el momento en que la aseguradora tiene conocimiento de los acontecimientos y hechos motivadores del medio de control.

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021959811/0 se explicará de la siguiente manera:

Debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura desde el día 04 de agosto de 2016 (05/08/16) hasta el día 04 de agosto de 2017 (04/08/17), motivo por el cual no existe cobertura para reclamos con posterioridad a la fecha en comento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no se vería afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de reclamaciones que se encuentren por fuera del periodo de vigencia.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, es evidente que en el presente caso para el día 30 de abril del año 2019, fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a mi defendida, no existía cobertura por parte de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales no 021796479/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. que utiliza el operador judicial para ejecutar su llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, tenemos que aclarar que la Clínica de los Rosales formula llamamiento en garantía fuera del límite temporal pactado, momento para el cual no estaba vigente la póliza en comento, comoquiera que este llamamiento en garantía constituye el reclamo judicial o extrajudicial que debe realizarse dentro del periodo de vigencia según la modalidad de cobertura de Claims Made o reclamación explicado anteriormente. Debe tenerse como momento de la reclamación la fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a ALLIANZ SEGUROS, porque es el momento en que la aseguradora tiene conocimiento de los acontecimientos y hechos motivadores del medio de control

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 022128308/0 se explicará de la siguiente manera:

Debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura desde el día 04 de agosto de 2017 (05/08/17) hasta el día 04 de agosto de 2018 (04/08/18), motivo por el cual no existe cobertura para reclamos con posterioridad a la fecha en comento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de declamaciones que se encuentren por fuera del periodo de vigencia.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, es evidente que en el presente caso para el día 30 de abril del año 2019, fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a mi defendida, no existía cobertura por parte de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales no 021796479/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. que utiliza el operador judicial para ejecutar su llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, tenemos que aclarar que la Clínica de los Rosales formula llamamiento en garantía fuera del límite temporal pactado, momento para el cual no estaba vigente la póliza en comento, comoquiera que este llamamiento en garantía constituye el reclamo judicial o extrajudicial que debe realizarse dentro del periodo de vigencia según la modalidad de cobertura de Claims Made o reclamación explicado anteriormente. Debe tenerse como momento de la reclamación la fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a ALLIANZ SEGUROS, porque es el momento en que la aseguradora tiene conocimiento de los acontecimientos y hechos motivadores del medio de control

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 022309386/0 se explicará de la siguiente manera:

Debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura desde el día 04 de agosto de 2018 (05/08/18) hasta el día 04 de agosto de 2019 (04/08/19), motivo por el cual esta es la ÚNICA PÓLIZA QUE OFRECE COBERTURA para hechos que constituyen el medio de control, en tanto el reclamo es realizado dentro del periodo de vigencia. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de declaraciones que se encuentren por fuera del periodo de vigencia.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, se precisa que esta póliza es la que eventualmente ofrecería cobertura de encontrarse probados los elementos esenciales o constitutivos de la responsabilidad civil.

470

• **LIMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD, CONDICIONES DEL SEGURO Y DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALE.** 021796479/0 No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Sin perjuicio de lo expuesto con anterioridad y sin que implique el reconocimiento de responsabilidad alguna a cargo de mi representada, se formula esta excepción en virtud de que la obligación indemnizatoria de las coaseguradoras sólo nace cuanto se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que las exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de la póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo otorgado, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo cubierto, etc.

Ahora bien, de cualquier manera, pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora y por la entidad convocante, así como las razones que sirven de base a las demás excepciones propuestas, es pertinente mencionar que en el remoto evento de que prosperaran una o algunas de las pretensiones del libelo, contractualmente, en la póliza de seguro se estipularon, además del coaseguro y del porcentaje de participación de mi procurada, las condiciones de la responsabilidad del asegurador, sus límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, etc., de manera que son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, de tal suerte que cualquier pronunciamiento debe sujetarse a tales condiciones contractuales.

En efecto, para resolver lo concerniente al llamamiento en garantía deben tenerse en cuenta el tipo de cobertura otorgada, las exclusiones de amparo, los límites y sublímites asegurados y los deducibles pactados, por cuanto si los hechos de la demanda y el perjuicio alegado no se encuentran enmarcados bajo los parámetros del amparo otorgado, resulta imposible la afectación del contrato de seguro utilizado como fundamento de la convocatoria a mi representada y la compañía estaría exenta de obligación indemnizatoria.

De otra parte, en las condiciones generales y particulares de la póliza que recoge el Contrato de Seguro, se contemplan algunas exclusiones de amparo que de presentarse, también relevan completamente a la Compañía Aseguradora de la obligación de pagar cualquier indemnización y que pido tomar en cuenta al momento de dictar sentencia.

Ahora, el límite asegurado para cada uno de los amparos otorgados es el señalado en la caratula de la póliza por vigencia, de manera que cada coasegurador deberá soportar una eventual indemnización, en proporción a la cuantía de su participación porcentual en el coaseguro y la responsabilidad de las Compañías coaseguradoras por todo concepto, no excederá, para ninguna, el porcentaje correspondiente de ese tope asegurado para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

Por ello señor juez es pertinente mencionar los amparos contratados en la póliza de marras, los cuales pueden ser observamos en armonía de las condiciones generales y particulares de la póliza.

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 9 CL 25.25 CRA. 9 NO. 25 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos

5



Numero de medicos	264,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	119,00
Grupo	B

Lo anterior indica que si se llegaren a presentar otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderán como una sola pérdida y la obligación de mi representada está limitada por el porcentaje correspondiente de la suma asegurada por vigencia, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del 36 C.Co, como también, deberán tenerse en cuenta los sublímites establecidos en la póliza citada anteriormente, en especial los referidos en materia de responsabilidad profesional.

De acuerdo con lo estipulado en el contrato de seguro, la suma indicada en la carátula de la póliza o por anexo como "límite agregado anual" es el límite máximo de responsabilidad de las coaseguradoras por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y ningún motivo la responsabilidad de las coaseguradoras puede exceder éste límite durante la vigencia, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros. La suma indicada en la carátula de la póliza o por anexo como "límite por evento" es el límite máximo de responsabilidad de las Compañías aseguradoras por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Ahora, el límite asegurado para cada uno de los amparos otorgados es el señalado en la caratula de la póliza por vigencia, de manera que cada coasegurador deberá soportar una eventual indemnización, en proporción a la cuantía de su participación porcentual en el coaseguro y la responsabilidad de las Compañías coaseguradoras por todo concepto, no excederá, para ninguna, el porcentaje correspondiente de ese tope asegurado para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

• **PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**

El término prescriptivo en materia de seguro se encuentra regulado en el artículo 1081 del Código de Comercio, en el que se establece:

ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

***La prescripción ordinaria** será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.*

***La prescripción extraordinaria** será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

La Corte Suprema de Justicia en sentencia del 18 de diciembre de 2012, realiza una explicación clara de cada uno de los tipos de prescripción en materia de seguros y expone que la ordinaria es de naturaleza subjetiva y la extraordinaria es objetiva:

"[...] Sobre dicha norma esta Corporación en sentencia de 29 de junio de 2007, exp. 1998-04690, señaló como características y aspectos determinantes, los siguientes:

(i) Las dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por

parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció.

(ii) Todas las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente.

(iii) La prescripción extraordinaria corre contra toda clase de personas, mientras que la ordinaria no opera contra los incapaces.

(iv) El término de la ordinaria es de sólo dos años y el de la extraordinaria se extiende a cinco, "justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situaciones jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas".

(v) Las dos formas de prescripción son independientes y autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, adquiriendo materialización jurídica la primera de ellas que se configure.

En dicha providencia se recordó "que las dos clases de prescripción consagradas en el artículo 1081 del Código de Comercio se diferencian por su naturaleza: subjetiva, la primera, y objetiva, la segunda; por sus destinatarios: quienes siendo legalmente capaces conocieron o debieron conocer el hecho base de la acción, la ordinaria, y todas las personas, incluidos los incapaces, la extraordinaria; por el momento a partir del cual empieza a correr el término de cada una: en el mismo orden, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho base de la acción y desde cuando nace el correspondiente derecho; y por el término necesario para su configuración: dos y cinco años, respectivamente... (sentencia de 19 de febrero de 2002, exp. No. 6011)".

Es evidente entonces que el interesado no puede solicitar, según le convenga, que se le aplique indistintamente cualquiera de los dos términos prescriptivo, pues operará la prescripción, sea ordinaria o extraordinaria, que se configure primero de conformidad con los presupuestos de hecho del caso concreto.

Ahora bien, es necesario en este punto identificar el momento en que inicia el cómputo del término para cada una de estas clases de prescripción. En el caso de la extraordinaria, de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio, el punto de partida será fijado

de manera objetiva por la ocurrencia del siniestro del cual se pretende determinar la responsabilidad del asegurado al ser el hecho que da base a la acción. Esta prescripción corre indistintamente para toda clase de personas.

Por otra parte, lo que respecta a la prescripción ordinaria en el plano del seguro de responsabilidad civil, está regulada por norma especial, esto es el artículo 1131 del Código de Comercio, cuando se trata de seguros de responsabilidad civil, a saber:

ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO: *En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.*

De la redacción de esta disposición resulta claro que el conocimiento del hecho que da base a la acción está marcado para el asegurado por la presentación de reclamación judicial o extrajudicial realizada por la víctima. Por lo tanto, la prescripción ordinaria correrá contra el asegurado desde que la víctima le haya realizado la mencionada petición y operará en un plazo máximo de 2 años desde tal fecha. En consonancia con lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia ha considerado lo siguiente respecto de la prescripción del contrato de seguro frente al asegurado:

Lo anterior, es claro, sin perjuicio del régimen prescriptivo establecido en el artículo 1131 del C. de Co. para el seguro de responsabilidad civil, en el que la prescripción corre frente al asegurado a partir del momento de la petición indemnizatoria (judicial o extrajudicial), que efectúe la víctima, y, respecto de ésta, desde el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, según lo esclareció el legislador del año 1990 (art.86, Ley 45)^[2]

Hitos temporales que configuran la prescripción ordinaria frente al asegurado CLÍNICA DE LOS ROSALES

Conforme a lo anterior, es posible concluir entonces, para el momento en que se presentó petición a mí representada a través de llamamiento en garantía dentro del proceso, ya ha transcurrido el término de prescripción establecido en la legislación comercial, corriendo el efecto de extinción de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro, que por mandato legal establece el artículo 1081 ya citado.

• **INEXISTENCIA DE COBERTURA PARA PERJUICIOS POR LUCRO CESANTE POR CUENTA EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.**

En materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados ...", por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co.).

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa 37 (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto³, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

A su vez, el legislador ha sido enfático que manifestar la necesidad de un pacto expreso, con el fin de volver materia de aseguramiento el perjuicio denominado lucro cesante, tal y como lo manifiesta de manera clara el artículo 1088 del código de comercio:

ARTÍCULO 1088. CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL SEGURO. *Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso.*

Así las cosas y teniendo en cuenta lo anterior, la indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste debe ser objeto de acuerdo expreso, por ende como en el contrato de seguro referido en este proceso no se pactó el amparo para el lucro cesante, tal riesgo es ajeno al límite patrimonial establecido en la cobertura de la póliza.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. NO SE PACTÓ LA COBERTURA PARA PERJUICIOS INMATERIALES DIFERENTES A LOS MORALES**

En materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén... puestos el interés asegurado o la cosa asegurados ...", por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co.).

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan 3 Cfr. Ossa. G. J. Efrén. Op Cit. Pág. 111 38 esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto⁴, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

La Ley 45 de 1990 en su artículo 84, que modificó el artículo 1127 del C. de Co., define el seguro de responsabilidad como aquel que "impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y que tiene como propósito el resarcimiento de la víctima (...)" (Negritas y subrayado fuera del texto original)

Luego, tratándose de seguros de responsabilidad, para que nazca la obligación del asegurador de indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, dicha obligación ha de estar expresamente estipulada en el respectivo contrato.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. EXISTE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO**

Adicionalmente, y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay cobertura bajo los seguros comentados, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también debe tener presente el ente fiscal que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupan, se impuso una carga al asegurado o al beneficiario en caso de siniestro, por virtud de la cual estos asumirán una parte del mismo. Esto es lo que se

denomina deducible, una suma de dinero del valor del siniestro que asumirán como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de la póliza expedida por mi representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, y en este caso se pactó de la siguiente manera:

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de servicios médicos

DEDUCIBLES: a toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No 2008065573-001 del 23 de Noviembre de 2008, ha sido clara en definir en qué consiste el deducible tal como lo citamos en nuestro recurso de apelación, indicando lo siguiente:

"En efecto, la sección I del Capítulo II ; Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad pactar, mediante cláusulas especiales , que el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño"

Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, si no a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible que en una suma fija, en un porcentaje o en un combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro, determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes." Negrillas fuera del texto original.

Así las cosas, cuando al despacho tener en cuenta cada una de las condiciones establecidas en la póliza en comento, haciendo especial hincapié en la suma amparada

474

40 mediante el contrato y al deducible pactado en el mismo. De igual manera, solicito que en el remoto evento de que se llegare a hacer efectivo el llamamiento en garantía se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones del contrato de seguro.

**EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR
PARTE DE CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA**

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

ME OPONGO a la prosperidad de absolutamente todas las pretensiones del llamamiento en garantía formulado por CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA a mi procurada ALLIANZ SEGUROS S.A., comoquiera que por la simple existencia de un contrato de seguro no puede predicarse la obligación indemnizatoria de la aseguradora, en tanto deben cumplirse los presupuestos sustanciales para que esta eventualmente ofrezca cobertura, por ello debemos reiterar al despacho que, la obligación de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Conforme a lo anterior, debe precisarse que lo que la convocante pretendió lograr es la vinculación de mi procurada, como llamada en garantía, de conformidad con lo preceptuado en los Arts. 64 y ss del C.G.P., en concordancia con el Art. 225 del CPACA, con base en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. No. 022040260/0 vigente desde el 31 de enero de 2017 hasta el 30 de enero de 2018.

Sin embargo, debe aclararse que la mencionada póliza, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, etc.; luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar su pronunciamiento al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a

cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

Sin embargo, debe aclararse que la mencionada póliza, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, etc.; luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar su pronunciamiento al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Como excepciones perentorias propongo las siguientes:

- **NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO MEDIANTE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022040260/0 EMITIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Sobre el particular, se debe señalarse que la cobertura de las Pólizas de Responsabilidad Civil No 022040260/0 expedidas por ALLIANZ SEGUROS S.A., con sujeción a las condiciones pactadas en la misma, amparan la responsabilidad civil en que llegare a incurrir el asegurado CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA de conformidad con lo esgrimido en la póliza en comento. Por ello, teniendo en cuenta que ésta no se estructuró, como quiera que en el plenario no se acreditó una conducta antijurídica atribuible a ella y que a su vez podría constituirse como la causa eficiente del daño alegado, resulta indiscutible la no realización el riesgo asegurado, es decir, no se cumplió la condición de la que pende el nacimiento de la obligación indemnizatoria de la aseguradora. En suma, debe tenerse en cuenta que el objeto del seguro precisa lo siguiente:

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo

Servicios

Dirección del Riesgo

AVENIDA CIRCUNVALAR 3 - 01

Descripción

Riesgo asegurado

Ambito territorial

Centros de Atención

Medica

Colombia

Valor

5

Limite asegurado evento	2.000.000.000,00
Limite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	127,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	343,00
Grupo	B

De lo anterior, se desprende que para que nazca la obligación indemnizatoria a la compañía aseguradora, es menester que se configure el riesgo asegurado, en el sub lite, la responsabilidad de la CLÍNICA LOS ROSALES en perjuicio de un tercero afectado, quien es el beneficiario en la relación contractual mencionada anteriormente.

En este orden de ideas, es dable reiterar que para que se configure responsabilidad, es indefectible que exista un daño antijurídico, una conducta dolosa o gravemente culposa y que necesariamente infiera o se configure como la causa eficiente de éste. Es en ese sentido que el aquí demandado, sólo podrá considerarse responsable, en el evento de hallar probado que ejerció u omitió imperita, negligente o imprudentemente una conducta, causando el supuesto daño que alega la parte actora haber sufrido el menor CAMILO CORRALES SIERRA, situación que no ha sido acreditada en el plenario por ningún medio, y en su lugar, lo que se ha acreditado fehacientemente, es que LA CLÍNICA LOS ROSALES. no tuvo participación en la producción del daño, ni mucho menos coadyuvó a la creación de las condiciones de riesgo para que éste se estructurara, quedando sentada la inexistencia de una responsabilidad civil predicable del ente en comento, pues con ningún medio probatorio útil, pertinente y conducente se ha demostrado hasta este episodio procesal que la supuesta falla en el servicio atribuida por la parte activa hubiese sido cometida por LA CLÍNICA LOS ROSALES, de tal suerte que, es inexistente la concreción del riesgo asegurable mediante la citada póliza, expedida por mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. y, en tal sentido, no nace la obligación indemnizatoria para ella.

- **DENTRO DE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022040260/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A., SE PACTO UNA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA DOCTRINALMENTE COMO CLAIMS MADE O POR RECLAMACIÓN**

Es necesario mencionar brevemente al despacho, que el límite temporal alude al lapso en el que debe presentarse un hecho o efectuarse una reclamación a fin de que opere la cobertura de la póliza, por ende, si la reclamación se presentó dentro del término pactado o el hecho dentro del periodo de retroactividad, el asegurador asumirá el riesgo amparo, en tanto que la prescripción (art 1081 de Código de Comercio), se refiere al término con que se cuenta para ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro a fin de hacerse acreedor de un derecho. Por ello, es importante que se comprenda la diferencia entre la prescripción de la que trata el artículo 1081 del Código de Comercio y el límite temporal de la póliza, ya que son fenómenos totalmente diferentes.

Así las cosas, es evidente que el asegurador mediante la suscripción de una póliza, puede fijar los límites temporales de la cobertura, es decir que podrá pactar mediante la autonomía de la voluntad de las partes, el lapso o término por el cual se extenderá la protección al asegurado, lo que se denomina límite temporal.

En el mismo sentido, es menester comprender que el establecer límites temporales en las pólizas de seguro es totalmente válido y eficaz en términos jurídicos, puesto que la ley permite la ocurrencia de estas situaciones de carácter contractual en las relaciones sustanciales entre aseguradores y asegurados, y este término no tiene relación alguna con las instituciones jurídicas de prescripción y caducidad.

En virtud de lo anterior, debe precisarse que para que la póliza de responsabilidad de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. ofrezcan cobertura para el litigio que hoy nos convoca, deben cumplir las condiciones propias de la modalidad de Claims made o reclamación, las cuales son:

- Los hechos deben ocurrir dentro del periodo de vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado.
- La reclamación debe ser formulada a la aseguradora dentro del periodo de vigencia de esta.

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021796479/0 se explicará de la siguiente manera:

Así las cosas, debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura hasta el día 04 de agosto de 2016 (04/08/16), motivo por el cual no existe cobertura para hechos ocurridos o reclamaciones realizadas con posterioridad a la fecha en comento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de

476

cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de reclamaciones realizadas por fuera del periodo de vigencia. Lo anterior, teniendo en cuenta que la fecha de reclamación debe realizarse dentro del periodo de vigencia de la póliza, sumado a que el hecho debe haber ocurrido dentro de este lapso o dentro del periodo de retroactividad pactado en la póliza, y como ocurre en este caso, el día 30 de abril del año 2019, es notificado llamamiento en garantía realizado a mi procurada, momento para el cual no existía vigencia con de la póliza en comento, encontrándose dicha reclamación muy por fuera de lo establecido en las condiciones del citado contrato de seguro.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, es evidente que en el presente caso para el día 30 de abril del año 2019, fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a mi defendida, no existía cobertura por parte de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales no 022040260/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. que utiliza el operador judicial para ejecutar su llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, tenemos que aclarar que la Clínica de los Rosales formula llamamiento en garantía fuera del límite temporal pactado, momento para el cual no estaba vigente la póliza en comento, comoquiera que este llamamiento en garantía constituye el reclamo judicial o extrajudicial que debe realizarse dentro del periodo de vigencia según la modalidad de cobertura de Claims Made o reclamación explicado anteriormente. Debe tenerse como momento de la reclamación la fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a ALLIANZ SEGUROS, porque es el momento en que la aseguradora tiene conocimiento de los acontecimientos y hechos motivadores del medio de control.

- **INEXISTENCIA DE COBERTURA PARA PERJUICIOS POR LUCRO CESANTE POR CUENTA EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022040260/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.**

En materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés

asegurado o la cosa asegurados ...", por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co.).

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa 37 (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto³, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

A su vez, el legislador ha sido enfático que manifestar la necesidad de un pacto expreso, con el fin de volver materia de aseguramiento el perjuicio denominado lucro cesante, tal y como lo manifiesta de manera clara el artículo 1088 del código de comercio:

ARTÍCULO 1088. CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL SEGURO. *Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso.*

Así las cosas y teniendo en cuenta lo anterior, la indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste debe ser objeto de acuerdo expreso, por ende como en el contrato de seguro referido en este proceso no se pactó el amparo para el lucro cesante, tal riesgo es ajeno al límite patrimonial establecido en la cobertura de la póliza.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022040260/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. NO SE PACTÓ LA COBERTURA PARA PERJUICIOS INMATERIALES DIFERENTES A LOS MORALES**

En materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados ...", por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que

477

contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co.).

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan 3 Cfr. Ossa. G. J. Efrén. Op Cit. Pág. 111 38 esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto⁴, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

La Ley 45 de 1990 en su artículo 84, que modificó el artículo 1127 del C. de Co., define el seguro de responsabilidad como aquel que "impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y que tiene como propósito el resarcimiento de la víctima (...)" (Negritas y subrayado fuera del texto original)

Luego, tratándose de seguros de responsabilidad, para que nazca la obligación del asegurador de indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, dicha obligación ha de estar expresamente estipulada en el respectivo contrato.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022040260/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. EXISTE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO**

Adicionalmente, y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay cobertura bajo los seguros comentados, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también debe tener presente el ente fiscal que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupan, se impuso una carga al asegurado o al beneficiario en caso de siniestro, por virtud de la cual estos asumirán una parte del mismo. Esto es lo que se denomina deducible, una suma de dinero del valor del siniestro que asumirán como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de la póliza expedida por mi representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, y en este caso se pactó de la siguiente manera:

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una

8

sentencia ejecutoriada o no.

15% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No 2008065573-001 del 23 de Noviembre de 2008, ha sido clara en definir en qué consiste el deducible tal como lo citamos en nuestro recurso de apelación, indicando lo siguiente:

"En efecto, la sección I del Capítulo II , Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad pactar, mediante cláusulas especiales , que el asegurado a soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño"

Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, si no a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible que en una suma fija, en un porcentaje o en un combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro, determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes." Negrillas fuera del texto original.

Así las cosas, ruego al despacho tener en cuenta cada una de las condiciones establecidas en la póliza en comento, haciendo especial hincapié en la suma amparada 40 mediante el contrato y al deducible pactado en el mismo. De igual manera, solicito que en el remoto evento de que se llegare a hacer efectivo el llamamiento en garantía se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones del contrato de seguro.

478

CAPITULO VIII. PRUEBAS

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0,
- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021959811/0,
- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022128308/0,
- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022309386/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A.
- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022040260/0

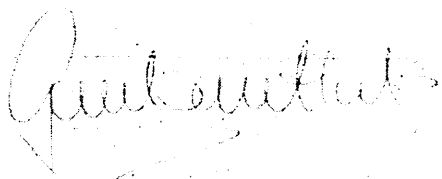
CAPITULO IX. ANEXOS

- PODER PARA ACTUAR DENTRO DEL PRESENTE PROCESO.

CAPITULO X. NOTIFICACIONES

El suscrito en Avenida 6A Bis No. 35N-100, Oficina 212 del Centro Empresarial Chipichape, ubicado en la ciudad de Cali, o en la Secretaría del Despacho. Del señor Juez,

Del señor Juez, Atentamente,



GLORIA HELENA HERRERA ÁVILA

C.C. N° 41.777.945 de Bogotá

T.P. N° 184.842 del C. S. de la J.

Señor

JUEZ QUINTO (5°) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA
E.S.D.

REF: REPARACION DIRECTA DE OLGA LILIANA SIERRA VELASQUEZ Y
OTROS CONTRA HOSPITAL SAN VIVENTE DE P. DE ANSERMA -
CALDAS, CLÍNICA LOS ROSALES Y CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA.
LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A ALLIANZ SEGUROS S.A.
RAD. 2018-00203-00

ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMÁN, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía N° 67.004.161 de Cali, obrando en esta acto en nombre de ALLIANZ SEGUROS S.A., sociedad legalmente constituida con domicilio principal en Bogotá y con sucursal en Cali, en mi calidad de Representante Legal de la aseguradora, como se acredita con el Certificado expedido por la Cámara de Comercio de Cali que se anexa, comedidamente manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre de dicha sociedad asuma la representación judicial de la compañía en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, los conteste, proponga excepciones, solicite pruebas, interponga recursos y realice todas las actuaciones necesarias e inherentes a su calidad.

El apoderado queda facultado para notificarse, recibir, desistirse, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, objetar el juramento estimatorio de la cuantía de la demanda y en general, para realizar todas las acciones necesarias e indispensables para el éxito del mandato a su cargo, etc.

Cordialmente,



ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMÁN
C.C. N° 67.004.161 de Cali

Acepto:



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C. 19.395.114 de Bogotá
T.P. 39.116 del C.S.J.

14 MAY 2019

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DOCE DE CALI

Este memorial dirigido a Señor
fue presentado personalmente ante el despacho por.
Señor Carlos Eduardo Guzmán
Identificado (s) con C.C. No. 62064161
expedida en Qu T. profesional No.
y manifestó que reconoce el contenido y que la firma y la
huella son suyas.
El compareciente Carlos Eduardo Guzmán
Cali Valle

Maria Mercedes Londoño O.
Notaria Doce de Cali

Francisca Stella Pereira Rincón
Notaria Doce de Cali (E)

NOTARIA DOCE DE CALI
Se autoriza por Insistencia del Interesado
No se registra huometría.
Fecha 14 MAY 2019 Hora 3:26 PM
Falla técnica ☒ C.C. Extranjería ☐

S. PEREIRA & ASOCIADOS

14 MAY 2019

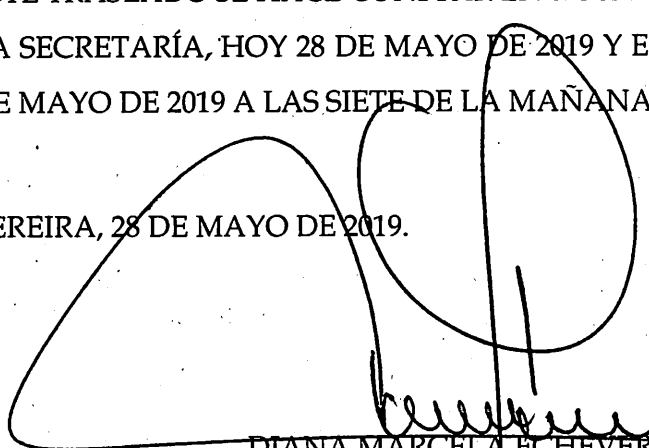
RECEBIDO
NOTARIA DOCE DE CALI

CONSTANCIA SECRETARIAL

EL ESCRITO DE CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA CONTENTIVOS DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS POR LAS DEMANDADAS, FSE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ANSERNA (Fl. 262 y ss), CLINICA LOS ROSALES (Fl. 80 y ss), CLINICA COMFAMILIAR (Fl. 333 y ss), Y POR LAS ENTIDADES LLAMADAS EN GARANTÍA LIBERTY SEGUROS S.A. (Fl. 433 y ss), ALLIANZ SEGUROS S.A. (Fl. 461 vto. y ss). PERMANECERÁN EN SECRETARÍA POR EL TÉRMINO DE TRES (3) DÍAS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL PARÁGRAFO 2º DEL ARTÍCULO 175 DE LA LEY 1437 DE 2011.

ESTE TRASLADO SE HACE CONSTAR EN LISTA FIJADA EN LUGAR VISIBLE DE LA SECRETARÍA, HOY 28 DE MAYO DE 2019 Y EMPIEZA A CORRER EL DÍA 29 DE MAYO DE 2019 A LAS SIETE DE LA MAÑANA (7:00 a.m).

PEREIRA, 28 DE MAYO DE 2019.



DIANA MARCELA ECHEVERRY CALLE
SECRETARIA

original 482

Señores
JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA
E. S. D.

Radicado: **66001-33-33-005-2018-00203-00**
Medio de Control: **REPARACIÓN DIRECTA**
Demandante: **OLGA LILIANA SIERRA VELASQUEZ Y OTROS**
Demandado: **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ANSERMA,
CLÍNICA DE LOS ROSALES Y OTROS**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecina de Cali, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Santiago de Cali, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C.S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** de conformidad con el poder de sustitución que ya obra en el expediente, me dirijo a usted de manera respetuosa a fin de manifestar que procedo dentro del término legal a contestar la demanda formulada por la señora **OLGA LILIANA SIERRA VELÁSQUEZ Y OTROS** en contra de la **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ANSERMA, CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA, CLÍNICA DE LOS ROSALES Y OTROS**, de acuerdo con los fundamentos que se esgrimen a continuación:

ÍNDICE

CAPITULO I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

CAPITULO II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

CAPITULO III. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

CAPITULO IV. CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

CAPITULO V. PRUEBAS

CAPITULO VI. CONDENA EN COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO

CAPITULO VII. ANEXOS

CAPITULO VIII. NOTIFICACIONES

CAPITULO I.
CONSIDERACIONES PREVIAS FRENTE A LOS HECHOS Y RAZONES EN DERECHO
DE LA DEFENSA

Sobre los hechos y pretensiones que son motivo de la demanda e invocados como fundamento del presente medio de control, y en los que supuestamente se hace consistir la responsabilidad de perjuicios con ocasión del presunto daño causado al menor **CAMILO CORRALES SIERRA** advertimos desde ya, dando respuesta a las consideraciones jurídicas que deja entrever en la formulación de hechos la parte actora, que la actividad médica no es una actividad peligrosa, así su práctica de ordinario entraña sendos riesgos de estirpe médico terapéutico; recordando que el alea terapéutica corresponde a la parte de la incertidumbre inherente a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el acto médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia, riesgos que se han estimado, en mayor o menor proporción, dependiendo de su tipología y una serie de factores exógenos o extrínsecos, ajenos a la pericia, destreza e intención del galeno, tales como la edad, las preexistencias, los antecedentes genéticos y patológicos de cada paciente.

No puede de ninguna manera atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, inconcreto, en lo atinente a la carga de la prueba, ya que desarticula en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencia lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos.

El quico médico por antonomasia procuró preservar y salvar la salud de su paciente (medicina curativa), y no de menoscabar su integridad física y mental, para lo que se implementó la terapéutica indicada.

En igual sentido el Dr. Fernando guzmán mora, señala que la medicina es esencialmente una vocación y una profesión de servicio, el daño que se puede producir en el organismo del enfermo es consecuencia del objeto mismo del acto médico: restablecer la salud del paciente, aliviar los efectos de las enfermedades, prevenir complicaciones de la misma, luchar contra la muerte o rehabilitar los efectos de las lesiones de cualquier tipo.

Sobre dicha materia la doctrina ha expresado:

"(...) El riesgo profesional de suyo existente. No es puesto en acción por los médicos o por los establecimientos sanitarios. No hay un actuar espontaneo de los facultativos o de los entes (per se). Por el contrario es el enfermo quien con su salud quebrantada reclama imperiosa o necesaria asistencia, y reclama que se ponga el

riesgo médico en acción, riesgo este que por lo demás, es imprescindible para ventajar el estado de salud del paciente o para salvarle la vida¹ (...)”.

En ese orden de ideas y descendiendo al caso concreto, desde ya se advierte que al paciente **CAMILO CORRALES SIERRA**, se le brindaron las atenciones médicas que requería de acuerdo al compromiso que presentaba, como más adelante pasamos a verificar, sin que exista evidencia científica cierta o probatoria que permita siquiera inferir que el compromiso que aduce derivó de un mal diagnóstico o pudiera tener origen en mala práctica médica, máxime si la obligación en materia médica que le incumbe a este tipo de servicios es de medios, pues si se pretendiera considerar que la obligación médica es de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asumo el paciente, y es el quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular del prestador de servicio.

CAPITULO II

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

RESPECTO AL HECHO “1”: Este hecho contiene varias manifestaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de la siguiente manera:

- a) No nos consta de forma directa o indirecta que señores Carlos Andrés Corrales Álvarez y Olga Liliana Sierra Velásquez, fueran ciudadanos Colombo británicos, ni que efectivamente fueran cónyuges y compartieran ininterrumpidamente algún tipo de vínculo afectivo o sentimental para el momento de los hechos.
- b) No nos consta de ninguna manera que de la unión de los señores Carlos Andrés Corrales Álvarez y Olga Liliana Sierra Velásquez naciera el menor Camilo Corrales Sierra, así como tampoco me consta de forma directa la fecha y el lugar de nacimiento del citado menor.

Conforme a lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

RESPECTO AL HECHO “2”: Este hecho contiene varias manifestaciones frente a las cuales procedo a pronunciarme de la siguiente manera:

¹ Responsabilidad Civil de los Médicos, Alberto Bueres, Buenos Aires 1997

- a) No nos consta de forma directa o indirecta que para el día 30 de agosto de 2016, durante su estadía en Colombia, el menor Camilo Corrales Sierra presentara dolor de cabeza, fiebre y vómito, así como tampoco nos consta cual era la patología que cursará en ese momento, como quiera que estos son síntomas inespecíficos y son constitucionales, por lo tanto no revelan la etiología de ninguna enfermedad.
- b) De la misma manera, no nos consta de manera directa o indirecta que la madre del menor Camilo Corrales, se dirigiera con él al Hospital San Vicente de Paul para ser atendido en el servicio de urgencias. Me atengo a lo transcrito en la historia clínica de dicha institución.
- c) No me consta que tipo de medicamentos intravenosos se suministraran el menor, así como tampoco me consta el nombre del médico que los ordenará. Lo anterior, comoquiera que la atención brindada en el Hospital San Vicente no es de conocimiento de mi procurada.

Conforme a lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

RESPECTO AL HECHO “3”: No nos consta de forma indirecta o indirecta los síntomas que presentare el menor Camilo Carrales Sierra para el día 31 de agosto del año 2016, no obstante lo anterior, debemos reiterar lo aunado al contestar el hecho que nos antecede, en el sentido de indicar que los síntomas hasta este momento narrados no son específicos ni constitucionales, no permiten identificar la presencia de ninguna patología. Por lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil

RESPECTO AL HECHO “4”: No nos consta de forma indirecta o indirecta los síntomas que presentare el menor Camilo Carrales Sierra para el día 31 de agosto del año 2016, no obstante lo anterior, debemos reiterar lo aunado al contestar el hecho que nos antecede, en el sentido de indicar que los síntomas hasta este momento narrados no son específicos ni constitucionales, no permiten identificar la presencia de ninguna patología. Por lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

RESPECTO AL HECHO "5": No nos consta de forma indirecta o indirecta los síntomas que presentare el menor Camilo Carrales Sierra para el día 31 de agosto del año 2016, no obstante lo anterior, debemos reiterar lo aunado al contestar el hecho que nos antecede, en el sentido de indicar que los síntomas hasta este momento narrados no son específicos ni constitucionales, no permiten identificar la presencia de ninguna patología. Por lo anterior, deberá la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

RESPECTO AL HECHO "6": Conforme al estudio de la historia clínica arrimada al plenario, debemos expresar que es parcialmente cierto, comoquiera que en la epicrisis de la CLÍNICA LOS ROSALES se tiene que el paciente ingresó el día 31 de agosto de 2018 a las 16:42 pm a la citada institución. Sumado a lo anterior, debemos precisar que el menor es traído por iniciativa de su madre, tal y como lo refiere el libelista en el hecho quinto del medio de control cuando aduce que la señora decide por su voluntad retirarlo del centro asistencial donde se encontraba hospitalizado y traerlo sin remisión a Pereira.

En el mismo sentido, se debe anotar que la epicrisis de la CLÍNICA DE LOS ROSALES, da habida cuenta del estado de salud en que llegó el menor, haciendo especial hincapié en que al momento del ingreso a institución no se contaba con ayudas diagnósticas que permitieran saber cuál era el posible diagnóstico del paciente, y mucho menos cual era la etiología de su enfermedad. Por este motivo, la clínica inicia prestando su atención en salud de la siguiente manera:

"TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

(I) ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA

OBSERVACIONES

TRAÍDO DE ANSERMA CON EDEMA BIPALPEBRAL, BILATERAL, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CEFALEA Y EMESIS

CLASIFICACIÓN TRIAGE: 1 TRIAGE PRIORIDAD 1.

MOTIVO DE CONSULTA

"FIEBRE, VOMITO Y ESTÁ DELIRANDO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE REFIRIENDO QUE DESDE HACE 2 DÍAS PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS CON CONGESTIÓN NASAL Y DESDE EL DÍA DE AYER QUEJANDO CEFALEA INTENSA, EMESIS ALIMENTARIA OCASIONALMENTE EN PROYECTIL, FIEBRE ALTA CUANTIFICADA HASTA 39.7°C Y DETERIORO DEL ESTADO DE CONCIENCIA HASTA SOMNOLENCIA Y ESTUPOR. ASISTEN A UNIDAD LOCAL DONDE DAN MANEJO SINTOMÁTICO CON DIPIRONA Y METOCLOPRAMIDA, MADRE DECIDE TRAERLO A ESTA INSTITUCIÓN"

De lo anterior, es necesario precisar e indicar que el menor es traído por su madre, a su ingreso reportan alteración en su estado de conciencia, y en general su estado de salud, por lo que es clasificado como TRIAGE I, y por ende, se da prioridad a la atención que requería para aquel momento. Antes de seguir explicando la atención brindada, recordemos que El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo². La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación:

Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Así las cosas, se torna evidente que el paciente es clasificado en triage I de forma correcta, pertinente y diligente, entendiendo la necesidad de atención que merecía y necesitaba el paciente. En este sentido no existe prueba en contra de la atención médica brindada, dado que el TRIAGE I es la clasificación de mayor prioridad para la atención de urgencias.

De la misma manera, se precisa que el mismo demandante reconoce al narrar este hecho, que al menor se le enviaron una serie de exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas por la PRESUNCIÓN DE MENINGITIS BACTERIANA, y como se observa en la epicrisis, el paciente es comentado con la Dra. Duque, pediatra intensivista, a las 17:16

² <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>

485

pm del 31 de agosto de 2016 y se inicia el proceso de remisión como se evidencia en la nota del enfermero FABIO IVAN FERNANDEZ MONTANCHEZ que registra:

SE COMENTA EN LÍNEA CON ÉRICA MORENO Y EN CONFAMILIAR CON MARYURI SE ENVÍAN SOPORTES
PENDIENTE ACEPTACIÓN
Nota realizada por: FABIO IVÁN FERNÁNDEZ MONTÁNCHEZ fecha:
31/08/16 17:16:28
Reg. 7676
FABIO IVAN FERNÁNDEZ MONTANCHEZ
ENFERMERÍA".

Aquí como se observa, se inician las gestiones del cuerpo médico de la Clínica Rosales tendientes a ubicar en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS al menor, comoquiera que la citada institución no cuenta con este servicio habilitado.

Del mismo modo en la Historia Clínica de Rosales el mismo día 31/08/2013 a las 18:36:02:

URGENCIAS EVOLUCIÓN MEDICO
SE COMENTA PACIENTE CON DR SANZ, CLÍNICA CONFAMILIAR- UNIKIDS,
QUIEN INDICA QUE ACEPTA PACIENTE

SE COORDINA AMBULANCIA Y NOS INDICAN QUE VIENEN PRO EL PACIENTE
ALREDEDOR DE LAS 19+30.
"FECHA TIPO DE ATENCIÓN
SEDE DE ATENCIÓN: EDAD:
11 31/08/2016 19:47:05 URGENCIAS
EVOLUCIÓN MEDICO
PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD, EN COMPAÑÍA DE LA MADRE.
ACTUALMENTE CON IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE MENINGITIS BACTERIANA
SE ENCUENTRA MONITORIZADO EN SALA DE REANIMACIÓN

Finalmente el 31/08/2016 20:21:08 URGENCIAS

"NOTAS ENFERMERÍA
20+15... EGRESA PTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS SALA DE REANIMACIÓN
EN COMPAÑÍA DE PERSONAL DE AMBULANCIA ÁNGELES AL LLAMADO
MEDICO Y PERSONAL ASISTENCIAL, EN COMPAÑÍA DE SU MAMÁ,
CONSCIENTE, SOMNOLIENTO, SE OBSERVA CON EDEMA PARPEBRAL,
EDEMA DE MMSS, PALIDO, CON LEV PERMEABLES PASANDO SSN 500CC A
60CC/H POR BIC A NIVEL DE MID, SE ENTREGA RESUMEN DE HC A
PERSONAL DE AMBULANCIA, SE ENTREGAN BATAS DESECHABLES A
PERSONAL ACOMPAÑANTE DEL PTE, PTE ACEPTADO EN UNI KITS CLICA

CONFAMILIAR, SE LE EXPLICA A LA FAMILIA SOBRE PROCEDIMIENTO A SEGUIR, ACEPTA Y TOLERA TTO, NO PRESENTA COMPLICACIONES.

Nota realizada por: DORA ELSY JIMÉNEZ FERNANDES Fecha: 31/08/16

20:21:11

Reg. 53502

DORA ELSY JIMÉNEZ FERNÁNDEZ
ENFERMERÍA".

Con estos apartes de la historia clínica, queda acreditado que el menor fue ingresado por el servicio de urgencias de la CLÍNICA ROSALES, brindándosele el tratamiento que requería y termino aproximado de una hora se procedió a remitirse al paciente, dado que requería atención en UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, servicio que la clínica en comento no tenía, ni tiene habilitado.

RESPECTO AL HECHO "7": Conforme al estudio de la historia clínica arrimada al plenario, debemos expresar que es parcialmente cierto lo correspondiente al Dx de MENINGITIS BACTERIANA. No obstante, debe precisarse que no es cierto que el traslado se ordenara unas horas más tarde. Lo realmente verdadero es que el inicio de la remisión se da a las 17:16:28 pm, su ingreso fue a las 16:3112 pm del 31 de agosto de 2018, por lo que queda plenamente demostrado que NO HABÍA TRANSCURRIDO LA HORA.

Sumado a lo anterior, debe precisarse que el menor no fue remitido por otro centro hospitalario, no fue comentado, dado que de haber sido así, CLÍNICA ROSALES no lo hubiera aceptado dado que no cuenta con unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Con la historia clínica allegada al litigio, queda acreditado que desde su ingreso el menor recibió la atención requerida de acuerdo a los signos y síntomas que presentó, determinándose por parte de los facultativos que el menor requería cuidado en una unidad de cuidado intensivos pediátrica, por lo que se procedió a su remisión en el menor tiempo posible. Lo anterior, demuestra que aunque el paciente fue ingresado sin ser comentado y sin ser remitido por otra institución, la clínica de los rosales prestó su atención y realizo las ayudas diagnosticas pertinentes y cuidados necesarios, procediendo en un término inferior a una hora a iniciar su remisión, la cual es concretada aproximadamente a las tres horas de la siguiente manera:

INGRESO:	16:31 pm del 31 de agosto de 20108
INICIO REMISIÓN:	17:16 PM DEL 31 DE AGOSTO DE 2018
ACEPTADO:	18:36 PM DEL 31 DE AGOSTO DE 2016 UNI KIDS
TRASLADADO:	20:15 del 31 de agosto de 2018 llegada de ambulancia por el menor.

RESPECTO AL HECHO "8": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "9": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "10": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico

de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "11": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "12": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "13": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso

Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "14": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "15": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "16": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es

comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO “17”: No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO “18”: No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

RESPECTO AL HECHO "19": No me consta de manera directa lo expuesto en este hecho por escapar al conocimiento de mi representada y de su objeto social, el cual es comercializar seguros. Por lo anterior, requerimos la parte actora cumplir con la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del art. 211 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en ese sentido acreditar lo afirmado a través de la prueba que resulte conducente, pertinente y útil.

No obstante lo anterior debemos precisar que, como bien lo indica el apoderado judicial de la parte actora, el estado de salud del menor Camilo Corrales Sierra al momento del ingreso a la Clínica Comfamiliar era de difícil pronóstico, comoquiera que existía un cuadro clínico de sepsis generalizada, choque séptico, trastornos de equilibrio de electrolitos, derivado del diagnóstico de meningitis con el que contaba el paciente. Así las cosas, el paciente sufre las consecuencias propias de una meningitis, que de ninguna manera pueden ser imputadas a la Clínica los Rosales y a la Clínica Comfamiliar.

CAPITULO III.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la prosperidad de todos y cada uno de los perjuicios y peticiones de la demanda, por cuanto los mismos carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que se pretende, al hacer la narración de los supuestos hechos, imputar una supuesta responsabilidad administrativa la cual como se establecerá dentro del proceso, no se estructuró, toda vez que en estos casos impera el principio de la carga de la prueba tanto de la supuesta culpa o falla del servicio, como del daño, de la cuantía del supuesto detrimento y el nexo de causalidad entre uno y el otro.

En efecto, en el derecho Colombiano la carga de la prueba corresponde a quien alegue un hecho del que pretenda derivar consecuencias jurídicas y/o económicas, que por ende debe comprobar su realización. Es por eso que en materia de responsabilidad administrativa del Estado, quien demanda y solicita una indemnización, debe probar que se reúnen los requisitos que conforman esa clase de vínculo jurídico, como son la falla o falta del servicio, la existencia de un daño indemnizable, cuya cuantía debe demostrarse también y la relación de causalidad entre aquella y tal daño.

En tal virtud, con miras a la obtención de una indemnización, no basta alegar la supuesta falla, ni el daño o el supuesto detrimento, por cuanto los mismos no son susceptibles de presunción, de manera que es menester acreditar debidamente su producción, esto comprende la demostración de esos hechos, su identificación y obviamente su cuantificación cierta, sin perjuicio de la relación de causalidad que tienen aquellos con la

acción u omisión de las entidades demandadas y por lo tanto la obligación de indemnizar de éstas, toda vez que al funcionario juzgador le está vedado presumirlos y se tiene que restringir a lo que ciertamente está comprobado en el expediente a través de los medios consagrados por la normatividad procesal, de forma que lo que no aparezca ahí o no fue probado de legal forma, simplemente no existe y por ende no puede ser considerado por el juzgador.

Lo anterior exige que la comprobación del supuesto daño por medio de los elementos de prueba pertinentes sea satisfactoria, es decir, suficiente, para que en ejercicio de la elevada misión de administración de justicia se apliquen atinadamente los principios de la sana crítica para la acertada valoración del acervo probatorio.

Para empezar, ha de manifestarse que resulta inexistente la responsabilidad civil que se pretende endilgar a la demandada, resaltando que un caso como el que nos ocupa, surge entre paciente y médico una relación en la cual éste queda comprometido por una obligación de medio, es decir, que se obliga a emplear toda su pericia, destreza, experiencia y juicio clínico, sin que esto signifique que el médico se encuentre atado a llegar a un resultado determinado. Es decir, las obligaciones del médico para con el paciente son de medio y no de resultado, toda vez que no está en manos de aquél asegurar la curación del paciente, ya que esto en muchas ocasiones depende de circunstancias ajenas al médico, como la naturaleza del tratamiento o los factores de riesgo inherentes al tratamiento terapéutico.

En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 1 de diciembre de 2011, indicó:

5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la *"obligación del médico"* es por regla general de *"medio"*, y en esa medida *"(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste"*, y en el tema de la *"culpa"* se comentó: *"(...) la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad. (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)"* (G.J. n° 1953, pág. 119).

5.2. En fallo de 12 de septiembre de 1985, se expuso: *"(...) con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, (...). Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación"* (G.J. CLXXX n° 2419, pág. 420).

Se concluye entonces, que el ejercicio de la actividad médica está supeditado a que el galeno se compromete a emplear sus conocimientos profesionales para tratar o intervenir a su paciente, con el fin de liberarlo de sus posibles dolencias, sin que lo anterior pueda garantizar al enfermo su curación, ya que esta no siempre depende de la acción efectuada por el profesional de la medicina.

Lo anterior significa que la responsabilidad del médico queda vinculada no al logro de un resultado, como sería, por ejemplo, el caso del contrato de transporte, sino a que se demuestre un actuar diligente en la prestación del servicio de salud, como en este caso ocurre.

Como primera medida, debo argumentar que el desafortunado quebrando de salud de la paciente, hoy demandante, no tuvo su origen en la conducta de los profesionales de la salud pertenecientes al cuerpo médico de la clínica demandada, pues el procedimiento realizado resultaba, no solamente necesario, sino la única solución para salvaguardar la salud del menor Camilo Corrales. En efecto, debe precisarse que los eventos adversos que manifiesta el apoderado de la parte actora sufrió el menor Camilo Corrales Sierra, se deben a las complicaciones propias del proceso de su enfermedad, de ninguna manera, a la atención médica realizado en Clínica Rosales o Clínica Comfamiliar, máxime cuando la aludida falla que se pretende estatuir, ni se precisa con claridad ni mucho menos está probada dentro del plenario.

Al respecto, en sentencia de 3 de noviembre de 1977, la Corte consideró que por lo regular las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, de ahí que éstos no se obliguen, según se dijo *"a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones"*

Así pues, la obligación que asume el médico, es una obligación de medio, más no de resultado, en razón de que se compromete a brindarle al paciente una esmerada y cuidadosa atención médica, de conformidad con los cánones de la ciencia médica, garantizando el poner todos y cada uno de los medios a su alcance, en concordancia con los principios deontológicos de la ciencia, y la *lex artis*, en procura de la preservación y mejoría del paciente, sin que de suyo implique el éxito o el buen suceso derivado del acto médico, pero sí una diligencia para alcanzarlo. En este orden de ideas, mediante sentencia del 12 de Septiembre de 1985, la corte Suprema de Justicia precisó que: *"Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia (...) por lo*

tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo"

Luego entonces, al no reunirse los presupuestos fácticos y jurídicos, exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la demandada, tampoco nació ninguna obligación indemnizatoria a ellos imputable.

En este sentido, el actor deberá probar debidamente las afirmaciones argüidas en la demanda, en la cual no se logra identificar cuál es el reproche sobre el actuar médico, puesto que la atención prestada al paciente se realizó de manera perita, diligente y oportuna, en procura de la curación de los padecimientos que lo aquejaban.

De otro lado, las pretensiones no sólo son infundadas, pues como ya se dijo no se configuran los supuestos esenciales para que pueda predicarse que surgió en cabeza de las demandadas la responsabilidad que injustificadamente se les atribuye, si no que denotan un evidente ánimo especulativo partiendo de la estimación desmesurada y carente de sustento probatorio. Por consiguiente, además de negar las pretensiones del libelo, ruego imponer la correspondiente condena en costas y agencias en derecho a la parte actora.

Bajo ese contexto, procedo a pronunciarme frente a las pretensiones de la parte actora así:

Me opongo de manera directa a la presente declaración y condena toda vez que la Clínica De los Rosales no incurrió en negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño o perjuicio (así como de su cuantía) y la imprescindible relación de causalidad entre el primero y éste último.

Del mismo modo, me opongo a que se declare y condene a los demandados, en especial a mi procurada y a la Clínica de los Rosales como responsable de los supuestos daños y perjuicios ocasionados a los actores por el estado de salud del menor Camilo Corrales, toda vez que la temeraria pretensión que aquí se esgrime, desconoce que la atención, tratamiento y demás servicios prodigados al demandado tanto en la Clínica De los Rosales, se ajustaron a los protocolos establecidos y se practicaron de forma oportuna, perita y diligente.

Por último, debe resaltarse que en un caso como el que nos ocupa, las obligaciones contraídas son de medios y que por ende no puede presumirse culpa, cuya prueba compete a la parte actora, pues en la atención, cirugía y terapéuticas aplicadas al paciente se observaron en todo momento la diligencia y cuidado exigibles a los profesionales de la medicina y por ende su conducta está exenta de culpa, luego no

puede atribuirse ningún tipo de responsabilidad civil, profesional o administrativa por las patologías que alega padecer el demandante.

Me opongo igualmente a que se declaren probados los perjuicios a los que alude la parte actora, no sólo porque hasta el momento brillan por su ausencia los elementos de prueba que permitan endilgar de forma contundente una responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, sino porque tampoco se ha acreditado de manera fehaciente que haya existido un detrimento susceptible de reconocerse, toda vez que no existe prueba suficiente para acreditar las elevadas sumas que aquí reclama la parte actora, convirtiéndose ello en un obstáculo insalvable para su reconocimiento, ya que al Juzgador le está vedada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio no demostrado.

Me opongo igualmente a esta pretensión, por cuanto la parte actora ni siquiera especifica y describe de manera clara que gastos constituyen la desbordada suma solicitada en el medio de control, por lo tanto, para que el operador judicial entre a valorar el material probatorio que respalda esta solicitud, es necesario que por lo menos se especifique e identifique a qué corresponde cada gasto, fenómeno que no ocurre en este caso, siendo evidente desde ya, la orfandad probatoria de esta solicitud.

Me opongo igualmente a esta pretensión por las mismas razones en que se fundamenta la oposición a la precedente, pues siendo ajena a la Clínica de los Rosales, así como a la EPS, médico tratante y demás galenos accionados, la responsabilidad que temerariamente pretende atribuírseles, mal podría imponérseles condena alguna para el resarcimiento de supuestos perjuicios que de haberse causado, con ajenos a su conducta.

Ahora bien, con relación a los presuntos PERJUICIOS MATERIALES, en la modalidad de lucro cesante, la misma petición denota un evidente ánimo especulativo partiendo de la estimación desmesurada de los mismos, respecto de los cuales tampoco obra prueba alguna dentro del expediente. No se debe olvidar que la modalidad que invoca aquí como perjuicio, responde precisamente a la ganancia que se ha dejado de obtener como consecuencia al hecho que se reprocha, situación que no se configura en el presente asunto, puesto que además de la inexistente responsabilidad que se endilga, no existe la lesión patrimonial que se reclama sin sustento, máxime que tampoco se cumple el rigor o criterio restrictivo que exige la valoración de esta prueba, esto es, el "quantum", pero sobre todo el nexo causal entre el acto ilícito que se reprocha y el beneficio dejado de percibir.

Así entonces, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, me opongo completamente a la pretensión por presuntos perjuicios de carácter material en la modalidad tanto de lucro cesante consolidado o vencido, y futuro o anticipado, así como a la inedxación de la suma que sobre el particular se solicita.

Me opongo a la declaratoria y condena por concepto de Daño Moral a favor de cada uno de los demandantes, en primer lugar, porque no se cumplen los requisitos para que surja o se estructure una responsabilidad como la pretendida, y en segundo lugar, porque en el hipotético caso de considerarse responsabilidad alguna por parte de la Clínica de los Rosales y Clínica COMFAMILIAR RISARALDA deberá tenerse en cuenta que la solicitud de indemnización no corresponde a los límites aceptados y contemplados por la jurisprudencia pues dicha estimación resulta excesiva y desproporcionada.

CAPITULO IV.

EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD Y/O DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE CLÍNICA DE LOS ROSALES Y CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA.**

La presente excepción se fundamenta en que al menor Camilo Corrales ciertamente se le brindó el tratamiento adecuado. Así mismo, es menester resaltar que la paciente es atendida oportunamente en Clínica Los Rosales S.A. y en la Clínica Comfamiliar.

Respecto al actuar de la Clínica Los Rosales S.A. Conforme a la historia clínica que obra como prueba documental dentro del expediente, de ella se puede establecer, una vez revisada la misma, que el procedimiento quirúrgico se realizó adecuada y peritamente y ajustándose a los protocolos de la lex artis.

Adicional a lo anterior, es de resaltarse que mi procurada tampoco intervino durante la fase diagnóstica que se le practicó al actor antes de la realización de la cirugía, puesto que como se observa de las documentales aportadas, las ayudas diagnósticas realizadas 17 antes del procedimiento indicado, se realizaron en instituciones diferentes a mi representada, así como los hallazgos de la endoscopia digestiva alta y el diagnóstico histopatológico, constituían criterios suficientes y ajustados a la lex artis para la realización de la misma, a la que valga la pena indicar, el paciente se sometió de forma voluntaria y consentida.

De cualquier forma, la Clínica De los Rosales prestó al paciente, de manera oportuna, diligente y ajustada a los protocolos de la lex artis, la atención que él requirió, de manera que su conducta estuvo exenta de culpa y por ende no puede atribuírseles ningún tipo de responsabilidad civil o profesional, ya que no hubo error alguno y se dio estricto cumplimiento a los protocolos.

En un caso como el que nos ocupa, las obligaciones contraídas son de medios y que por ende no puede presumirse la culpa, cuya prueba compete a la parte actora, pues en la atención, cirugía y terapéuticas aplicadas a la paciente se observaron en todo momento la diligencia y cuidado exigibles a los profesionales de la medicina y por ende su conducta

está exenta de culpa, luego no puede atribuírsele ningún tipo de responsabilidad civil o administrativa por los presuntos daños en la salud del menor Camilo Corrales, quien fue atendida oportunamente en CLÍNICA DE LOS ROSALES. Se precisa que la citada clínica y le CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA cumplen con todos los protocolos institucionales para la atención del paciente, pero durante la atención se presentan una serie de complicaciones inherentes a las patologías de base.

En conclusión, puede decirse de manera diáfana que no está probada la culpa, ni mucho menos una relación causal entre las conductas desplegadas por la Clínica Los Rosales S.A. y el daño reclamado, consistente en las presuntas secuelas derivadas del trauma, mismas que valga aclarar la parte actora no precisa, sino que se limita a citar un fragmento de la H.C.

No sobra señalar que es clara en este caso la inexistencia de la obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, ni siquiera por vía de la solidaridad, por cuanto la entidad que represento es ajena a los procedimientos y diagnósticos realizados al paciente en forma autónoma, diligente y cuidadosa por parte de Clínica Los Rosales al procedimiento en comento.

A partir de lo expuesto, puede concluirse entonces que no se reúnen los presupuestos facticos y jurídicos, exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la institución de salud ni de ninguna de las entidades demandadas en el presente litigio, y por lo tanto, tampoco nació la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele. 18 Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

A partir de lo expuesto, puede concluirse entonces que no se reúnen los presupuestos facticos y jurídicos, exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la institución de salud ni de ninguna de las entidades demandadas en el presente litigio, y por lo tanto, tampoco nació la obligación indemnizatoria que pretende endilgársele. 18 Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS.**

Se formula esta excepción en virtud de que al menor Camilo Corrales Sierra ciertamente se le practicó un tratamiento médico adecuado, dado su diagnóstico y su complejo proceso, correlacionada con las ayudas diagnósticas realizadas a la paciente de forma pertinente, diligente y sin obstáculos en la prestación del servicio realizado por parte de la Clínica Los Rosales; como se confirma con la respectiva historia clínica y la abundante literatura médica que existe sobre estos casos. Por ello señor juez, es que reiteramos que no comprendemos cuál es el reproche y la censura puntual a la atención médica brindada a la señora en cita por parte de la institución prestadora del servicio de salud a la que represento.

Situación que incluso atenta contra el derecho de defensa de la Clínica, toda vez que no permite contradecir un reproche concreto, sino únicamente lo que la ambigüedad de líbello permite colegir.

Ahora bien, los protocolos médicos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud. Son el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos. En otras palabras, los protocolos describen el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento y hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud.

La historia clínica, resultados diagnósticos y el protocolo médico confirman la forma diligente en que fue tratado el paciente y descartan cualquier duda que puedan suscitar la tergiversación de hechos que esgrime la parte actora como fundamento de sus injustas pretensiones, que denotan únicamente una inexcusable confusión de conceptos en busca de una indebida indemnización.

En relación a la salud de las personas, como derecho fundamental protegido y protegible, no puede exigirse, y desde luego el médico no puede garantizar, asistencia que se presta en el ámbito sanitario sea una asistencia resultadista, es decir, que vaya a conseguir siempre y en todo lugar, un resultado favorable para la vida y/o la salud. La relación entre el médico y el paciente, se caracteriza como una obligación de medios o diligencia, comprometiéndose únicamente, porque atentaría incluso contra el sentido común ampliar dicho compromiso, a emplear todos los medios que tenga a su disposición atendiendo a la *lex artis*, sin garantizar un resultado final curativo. La medicina no es una ciencia exacta y de resultados sino muy al contrario, una ciencia de medios, lo que significa que efectivamente, el médico está obligado a emplear todos los medios a su alcance y toda su pericia profesional en el cuidado de la salud, como así ocurre en la práctica, pero sin asegurar un resultado que obviamente, es incierto.

Por lo anterior, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

- **INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA DEMANDADA.**

Esta excepción se funda, a más de lo expuesto atrás, en el hecho de que no sólo carece de prueba alguna que acredite relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de Clínica Los Rosales, por ende la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra aquella.

En este orden de cosas, es claro, como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia del Consejo de Estado, que en los eventos en que existen

diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce y por eso la responsabilidad profesional médica, no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el imputado. En conclusión, no habiendo vínculo de causa efecto entre la actuación de la parte pasiva y los supuestos perjuicios que alegan los demandantes, no se compromete a La Clínica Los Rosales, resultando inexistente la responsabilidad que se le atribuye.

En virtud de lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD Y DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS ACTOS DE CLÍNICA LOS ROSALES Y CLÍNICA CONFAMILIAR RISARALDA Y LOS SUPUESTOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LOS ACTORES**

Para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que consecuencia de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

- 1) La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. **Este elemento deberá ser probado por los demandantes.**
- 2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. **También compete a las demandantes su demostración.**
- 3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiera la categoría de cierto e indemnizable.

De esta manera la jurisprudencia lo ha sostenido mediante ponencia reciente, radicada bajo el No. 17837 con ponencia de la Doctora MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR; en la que señala:

“De cara a este concepto, tratándose del régimen de responsabilidad médica, deberán estar acreditados en el proceso todos los elementos que configuran la responsabilidad de la administración, de manera que le corresponde a la parte actora acreditar el hecho dañoso y su imputabilidad al demandado, el daño y el nexo de causalidad entre estos, para la prosperidad de sus pretensiones. En suma, en cumplimiento del artículo 177 del C. de P. C., incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, y por lo tanto, corresponde a la parte actora probar los hechos por ella alegados.” (Subrayado y negrilla nuestro).

Así las cosas, le corresponde a las demandantes comprobar los tres elementos anteriormente anunciados, reiterando que la culpa igualmente debe ser probada, por no encontrarnos dentro de un régimen de culpa presunta, sino por el contrario de culpa probada.

Como quiera que la parte actora no logra erigir los supuestos necesarios para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil aludida, es necesario recalcar que tampoco consigue concretar la existencia de un vínculo, con las características necesarias, que ate el actuar del Clínica De Los Rosales con los supuestos perjuicios alegados por la parte actora.

Así las cosas, es claro que no sólo no existe error en la conducta por parte del personal médico y asistencial, ni el nexo causal entre el daño que se alega y el presunto comportamiento del que se pretende derivar la responsabilidad buscada, puesto es claro que en el presente caso, mi procurada actuó de conformidad con la *lex artis*, inclusive debe resaltarse el hecho de que la misma no participó dentro del periodo diagnóstico del paciente, y tampoco existe respecto de mi procurada, ningún reproche respecto de la presunta responsabilidad que aquí se busca.

Por lo tanto, es necesario concluir que no se logra demostrar la existencia del vínculo característico que se requiere para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil porque en el caso que acá se debate, la parte actora no logra demostrar cómo el actuar 21 de la demandada fue una causa determinante y eficiente para el perfeccionamiento del perjuicio que exige se le repare.

En efecto, la acreditación del vínculo entre el actuar del demandado y los perjuicios que alude haber padecido la actora, debe reunir determinadas condiciones, luego, no es suficiente con una hipotética ligazón abstracta.

Sobre estas calidades se ha referido la Corte Suprema de Justicia, que dijo en el 20022 que:

“El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no solo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino que el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato, señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responde de los primeros únicamente cuando son consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento (...).”

Así las cosas, es necesario concluir que la inexistencia del vínculo requerido para que surja una declaratoria de Responsabilidad Civil, genera la absolución de la entidad demandada.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **ACTO MÉDICO SE CUMPLIÓ CON FORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA.**

De los documentos anexos al traslado de la demanda, se logra inferir que la atención se brindó conforme los protocolos establecidos y con el lleno de los requisitos y estándares de calidad. A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico de conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar, el médico enfrenta no sólo la situación clínica, en este caso particular la patología de carácter gástrico, sino todo un conjunto de circunstancias clínicas propias de cada paciente, de su entorno social, familiar y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrático de cada paciente, así como el alea terapéutica siempre presente en los tratamientos médicos.

Por ello los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación pero no suficiente.

Dentro del marco de la lex artis, se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "debe hacerse", lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebido son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, entre tanto que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

En este sentido nos identificamos plenamente con los conceptos expuestos por Celia Weingarten al indicar que únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado.

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa (alea terapéutica), o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico. Pues ello visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

En este sentido el Consejo de Estado en Colombia con ponencia del Mg. Julio Cesar Uribe Acosta mediante sentencia de abril 18 de 1994 coincidió en señalar que el Juez no falla controversias científicas. Expuso "El sentenciador encuentra que confrontados los testimonios técnicos, se presentan aspectos que permiten concluir que en algunas circunstancias y facetas científicas las opiniones de los citados profesionales se encuentran divididas, pero en estos casos la doctrina orienta en el sentido de que el Juez no puede tomar partido en tales controversias, filosofía con la cual el punto controvertido,

de no existir una prueba científica que lo defina se queda sin demostración.” (Negrilla fuera de texto).

Así mismo, es menester resaltar que la paciente es atendida oportunamente en Clínica Rosales y Clínica Comfamilia Risaralda con de su patología. Se precisa que en las clínicas citadas cumple con todos los protocolos institucionales para la atención del paciente, pero durante la atención se presentan una serie de complicaciones inherentes al proceso de meningitis. Lo anterior debe ser sumado al pobre control prenatal de que presentaba la paciente, situación que impidió evidenciar la verdadera condición clínica de la paciente, la cual no era enteramente normal como se manifiesta en el libelo demandatorio.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

• EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO AL ART. 167 DEL C.G.P. – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA

Para que proceda la condena por la responsabilidad de las entidades que prestan servicios de salud se requiere que se pruebe efectivamente su culpa y ya que dentro de los hechos de la demanda y los documentos aportados no se evidencia la existencia de un actuar negligente o imprudente por parte de los profesionales que atendieron al menor Camilo Corrales Sierra, ni que por parte de la institución de salud existió dilación injustificada o negación del servicio, siendo ese actuar ajeno al resultado que se le pretende imputar, por todo lo fundamentado en el presente escrito y tal como se ha de comprobar a lo largo del proceso judicial.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

• EXONERACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO BRINDADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

Sobre el particular, es menester resaltar que la paciente es atendida oportunamente en Clínica Los Rosales con identificación de factores de riesgo como ausencia de control prenatal. La misma evolución de la paciente obliga a llevar a sala de partos. Se precisa que Clínica Los Rosales S.A. cumple con todos los protocolos institucionales para la atención del paciente, pero durante la atención se presentan una serie de complicaciones inherentes a la enfermedad del menor. Lo anterior debe ser sumado al pobre control prenatal de que presentaba la paciente, situación que impidió evidenciar la verdadera condición clínica de la paciente, la cual no era enteramente normal como se manifiesta en el libelo demandatorio.

El menor Camilo Corrales Sierra recibió todo el manejo médico requerido, atención conforme a la patología que presentaba, así como tratamientos a los que debió ser sometido, hospitalización para observación continua, exámenes especializados y de laboratorio, suministro de medicación, conforme los protocolos médicos establecidos y con el total lleno de los requisitos y estándares de calidad; cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular exige, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en particular en razón al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo cirugía.

Como ya se mencionó, adicional a todo lo anterior, todo tratamiento médico está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente.

Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente, que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento o mala Praxis Médica.

Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ella no puedan imputarse a un debe soportar sus competencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad o del equipo médico.

En igual sentido la Corte Constitucional en sentencia T – 645 de noviembre 26/1996 MP. Alejandro Martínez Caballero expuso que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado. Por su parte la Corte Suprema ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio (Sentencia de enero 30/2001 MP. José Fernando Ramírez.) Ruego declarar probada esta excepción.

- **CARENCIA DE PRUEBA DEL SUPUESTO PERJUICIO.**

Esta excepción enerva las pretensiones por concepto de lucro cesante pues, pese a la carencia absoluta de medios de prueba, no sólo de la responsabilidad endilgada ligeramente a Clínica Los Rosales S.A. y demás demandados, sino también de la producción, naturaleza y por supuesto de la cuantía del supuesto perjuicio patrimonial, más cuando éste no es susceptible de presunción alguna, requiere de su fidedigna demostración para poder ser considerado, luego la falta de certidumbre sobre el mismo se traduce en un obstáculo insalvable para su reconocimiento.

En el caso particular, la prueba del perjuicio del lucro cesante futuro solicitado en la demanda, es evidentemente inexistente.

Así pues, ruego a este Despacho declarar probada esta excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.**

Esta excepción se fundamenta en un hecho que es común denominador de la demanda, cual es la recurrente alusión a perjuicios que no están probados, de manera que, pese a la imposibilidad de prosperidad de las pretensiones indemnizatorias debido a la atipicidad de la demanda presentada y a la adecuada atención que se le brindó de forma profesional a la paciente, de todos modos debe destacarse que ni siquiera en gracia de discusión puede acceder a peticiones como las demandadas, en cuanto constituyen la búsqueda de indemnización de un detrimento no padecido.

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA Y OTRAS.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, siempre que exima parcial o totalmente a mi procurada de responsabilidad, incluida la de prescripción.

CAPITULO IV

CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho PRIMERO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho SEGUNDO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho TERCERO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho CUARTO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho QUINTO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho SEXTO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Sin embargo debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente al hecho SÉPTIMO: No es un hecho tendiente a acreditar la existencia de una relación sustancial entre CLÍNICA DE LOS ROSALES Y ALLIANZ SEGUROS S.A. No obstante lo anterior, debemos precisar que es cierto, a la apoderada del llamante en garantía se la conferido poder.

FRENTE A LAS PRETENSIONES TACITAS Y NO EXPLICITAS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión PRIMERA: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, comoquiera que por la simple existencia de un contrato de seguro no puede predicarse la obligación indemnizatoria de la aseguradora, en tanto deben cumplirse los presupuestos sustanciales para que esta eventualmente ofrezca cobertura, por ello debemos reiterar al despacho que, la obligación de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente a la pretensión SEGUNDA ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, comoquiera que por la simple existencia de un contrato de seguro no puede predicarse la obligación indemnizatoria de la aseguradora, en tanto deben cumplirse los presupuestos sustanciales para que esta eventualmente ofrezca cobertura, por ello debemos reiterar al despacho que, la obligación de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Frente a la pretensión TERCERA ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, comoquiera que por la simple existencia de un contrato de seguro no puede predicarse la obligación indemnizatoria de la aseguradora, en tanto deben cumplirse los presupuestos sustanciales para que esta eventualmente ofrezca cobertura, por ello debemos reiterar al despacho que, la obligación de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe

la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR PARTE DE CLÍNICA LOS ROSALES

- NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO MEDIANTE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A.

Sobre el particular, se debe señalarse que la cobertura de las Pólizas de Responsabilidad Civil No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 expedidas por ALLIANZ SEGUROS S.A., con sujeción a las condiciones pactadas en la misma, amparan la responsabilidad civil en que llegare a incurrir el asegurado CLÍNICA LOS ROSALES S.A. de conformidad con lo esgrimido en la póliza en comento. Por ello, teniendo en cuenta que ésta no se estructuró, como quiera que en el plenario no se acreditó una conducta antijurídica atribuible a ella y que a su vez podría constituirse como la causa eficiente del daño alegado, resulta indiscutible la no realización el riesgo asegurado, es decir, no se cumplió la condición de la que pende el nacimiento de la obligación indemnizatoria de la aseguradora. En suma, debe tenerse en cuenta que el objeto del seguro precisa lo siguiente:

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos



Numero de medicos	264,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	119,00
Grupo	B

De lo anterior, se desprende que para que nazca la obligación indemnizatoria a la compañía aseguradora, es menester que se configure el riesgo asegurado, en el sub lite, 29 la responsabilidad de la CLÍNICA LOS ROSALES en perjuicio de un tercero afectado, quien es el beneficiario en la relación contractual mencionada anteriormente.

En este orden de ideas, es dable reiterar que para que se configure responsabilidad, es indefectible que exista un daño antijurídico, una conducta dolosa o gravemente culposa y que necesariamente infiera o se configure como la causa eficiente de éste. Es en ese sentido que el aquí demandado, sólo podrá considerarse responsable, en el evento de hallar probado que ejerció u omitió imperita, negligente o imprudentemente una conducta, causando el supuesto daño que alega la parte actora haber sufrido el menor CAMILO CORRALES SIERRA, situación que no ha sido acreditada en el plenario por ningún medio, y en su lugar, lo que se ha acreditado fehacientemente, es que LA CLÍNICA LOS ROSALES. no tuvo participación en la producción del daño, ni mucho menos coadyuvó a la creación de las condiciones de riesgo para que éste se estructurara, quedando sentada la inexistencia de una responsabilidad civil predicable del ente en comento, pues con ningún medio probatorio útil, pertinente y conducente se ha demostrado hasta este episodio procesal que la supuesta falla en el servicio atribuida por la parte activa hubiese sido cometida por LA CLÍNICA LOS ROSALES, de tal suerte que, es inexistente la concreción del riesgo asegurable mediante la citada póliza, expedida por mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. y, en tal sentido, no nace la obligación indemnizatoria para ella.

- **DENTRO DE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A., SE PACTO UNA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA DOCTRINALMENTE COMO CLAIMS MADE O POR RECLAMACIÓN, LO CUAL IMPLICA LA INEXISTENCIA DE COBERTURA PARA ESTE CASO.**

Es necesario mencionar brevemente al despacho, que el límite temporal alude al lapso en el que debe presentarse un hecho o efectuarse una reclamación a fin de que opere la cobertura de la póliza, por ende, si la reclamación se presentó dentro del término pactado o el hecho dentro del periodo de retroactividad, el asegurador asumirá el riesgo amparo, en tanto que la prescripción (art 1081 de Código de Comercio), se refiere al término con que se cuenta para ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro a fin de hacerse acreedor de un derecho. Por ello, es importante que se comprenda la diferencia entre la prescripción de la que trata el artículo 1081 del Código de Comercio y el límite temporal de la póliza, ya que son fenómenos totalmente diferentes.

Así las cosas, es evidente que el asegurador mediante la suscripción de una póliza, puede fijar los límites temporales de la cobertura, es decir que podrá pactar mediante la autonomía de la voluntad de las partes, el lapso o termino por el cual se extenderá la protección al asegurado, lo que se denomina límite temporal.

En el mismo sentido, es menester comprender que el establecer límites temporales en las pólizas de seguro es totalmente válido y eficaz en términos jurídicos, puesto que la ley permite la ocurrencia de estas situaciones de carácter contractual en las relaciones sustanciales entre aseguradores y asegurados, y este término no tiene relación alguna con las instituciones jurídicas de prescripción y caducidad.

En virtud de lo anterior, debe precisarse que para que la póliza de responsabilidad de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. ofrezcan cobertura para el litigio que hoy nos convoca, deben cumplir las condiciones propias de la modalidad de Claims made o reclamación, las cuales son:

- Los hechos deben ocurrir dentro del periodo de vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado.
- La reclamación debe ser formulada a la aseguradora dentro del periodo de vigencia de esta.

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021796479/0 se explicará de la siguiente manera:

Así las cosas, debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura hasta el día 04 de agosto de 2016 (04/08/16), motivo por el cual no existe cobertura para hechos ocurridos o reclamaciones realizadas con posterioridad a la fecha en comento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de reclamaciones realizadas por fuera del periodo de vigencia. Lo anterior, teniendo en cuenta que la fecha de reclamación debe realizarse dentro del periodo de vigencia de la póliza, sumado a que el hecho debe haber ocurrido dentro de este lapso o dentro del periodo de retroactividad pactado en la póliza, y como ocurre en este caso, el día 30 de abril del año 2019, es notificado llamamiento en garantía realizado a mi procurada, momento para el cual no existía vigencia con de la póliza en comento, encontrándose dicha reclamación muy por fuera de lo establecido en las condiciones del citado contrato de seguro.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, es evidente que en el presente caso para el día 30 de abril del año 2019, fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a mi defendida, no existía cobertura por parte de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales no 021796479/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. que utiliza el operador judicial para ejecutar su llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, tenemos que aclarar que la Clínica de los Rosales formula llamamiento en garantía fuera del límite temporal pactado, momento para el cual no estaba vigente la póliza en comento, comoquiera que este llamamiento en garantía constituye el reclamo judicial o extrajudicial que debe realizarse dentro del periodo de vigencia según la modalidad de cobertura de Claims Made o reclamación explicado anteriormente. Debe tenerse como momento de la reclamación la fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a ALLIANZ SEGUROS, porque es el momento en que la aseguradora tiene conocimiento de los acontecimientos y hechos motivadores del medio de control.

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021959811/0 se explicará de la siguiente manera:

Debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura desde el día 04 de agosto de 2016 (05/08/16) hasta el día 04 de agosto de 2017 (04/08/17), motivo por el cual no existe cobertura para reclamos con posterioridad a la fecha en comento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de reclamaciones que se encuentren por fuera del periodo de vigencia.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, es evidente que en el presente caso para el día 30 de abril del año 2019, fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a mi defendida, no existía cobertura por parte de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales no 021796479/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. que utiliza el operador judicial para ejecutar su llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, tenemos que aclarar que la Clínica de los Rosales formula llamamiento en garantía fuera del límite temporal pactado, momento para el cual no estaba vigente la póliza en comento, comoquiera que este llamamiento en garantía constituye el reclamo judicial o extrajudicial que debe realizarse dentro del periodo de vigencia según la modalidad de cobertura de Claims Made o reclamación explicado anteriormente. Debe tenerse como momento de la reclamación la fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a ALLIANZ SEGUROS, porque es el momento en que la aseguradora tiene conocimiento de los acontecimientos y hechos motivadores del medio de control

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 022128308/0 se explicará de la siguiente manera:

Debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura desde el día 04 de agosto de 2017 (05/08/17) hasta el día 04 de agosto de 2018 (04/08/18), motivo por el cual no existe cobertura para reclamos con posterioridad a la fecha en comento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de declamaciones que se encuentren por fuera del periodo de vigencia.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, es evidente que en el presente caso para el día 30 de abril del año 2019, fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a mi defendida, no existía cobertura por parte de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales no 021796479/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. que utiliza el operador judicial para ejecutar su llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, tenemos que aclarar que la Clínica de los Rosales formula llamamiento en garantía fuera del límite temporal pactado, momento para el cual no estaba vigente la póliza en comento, comoquiera que este llamamiento en garantía constituye el reclamo judicial o extrajudicial que debe realizarse dentro del periodo de vigencia según la modalidad de cobertura de Claims Made o reclamación explicado anteriormente. Debe tenerse como momento de la reclamación la fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a ALLIANZ SEGUROS, porque es el momento en que la aseguradora tiene conocimiento de los acontecimientos y hechos motivadores del medio de control

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 022309386/0 se explicará de la siguiente manera:

Debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura desde el día 04 de agosto de 2018 (05/08/18) hasta el día 04 de agosto de 2019 (04/08/19), motivo por el cual esta es la ÚNICA PÓLIZA QUE OFRECE COBERTURA para hechos que constituyen el medio de control, en tanto el reclamo es realizado dentro del periodo de vigencia. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de declamaciones que se encuentren por fuera del periodo de vigencia.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, se precisa que esta póliza es la que eventualmente ofrecería cobertura de encontrarse probados los elementos esenciales o constitutivos de la responsabilidad civil.

• **LIMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD, CONDICIONES DEL SEGURO Y DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0 No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Sin perjuicio de lo expuesto con anterioridad y sin que implique el reconocimiento de responsabilidad alguna a cargo de mi representada, se formula esta excepción en virtud de que la obligación indemnizatoria de las coaseguradoras sólo nace cuanto se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que las exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de la póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo otorgado, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo cubierto, etc.

Ahora bien, de cualquier manera, pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora y por la entidad convocante, así como las razones que sirven de base a las demás excepciones propuestas, es pertinente mencionar que en el remoto evento de que prosperaran una o algunas de las pretensiones del libelo, contractualmente, en la póliza de seguro se estipularon, además del coaseguro y del porcentaje de participación de mi procurada, las condiciones de la responsabilidad del asegurador, sus límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, etc., de manera que son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, de tal suerte que cualquier pronunciamiento debe sujetarse a tales condiciones contractuales.

En efecto, para resolver lo concerniente al llamamiento en garantía deben tenerse en cuenta el tipo de cobertura otorgada, las exclusiones de amparo, los límites y sublímites asegurados y los deducibles pactados, por cuanto si los hechos de la demanda y el perjuicio alegado no se encuentran enmarcados bajo los parámetros del amparo otorgado, resulta imposible la afectación del contrato de seguro utilizado como fundamento de la convocatoria a mi representada y la compañía estaría exenta de obligación indemnizatoria.

De otra parte, en las condiciones generales y particulares de la póliza que recoge el Contrato de Seguro, se contemplan algunas exclusiones de amparo que de presentarse, también relevan completamente a la Compañía Aseguradora de la obligación de pagar cualquier indemnización y que pido tomar en cuenta al momento de dictar sentencia.

Ahora, el límite asegurado para cada uno de los amparos otorgados es el señalado en la caratula de la póliza por vigencia, de manera que cada coasegurador deberá soportar una eventual indemnización, en proporción a la cuantía de su participación porcentual en el coaseguro y la responsabilidad de las Compañías coaseguradoras por todo concepto, no excederá, para ninguna, el porcentaje correspondiente de ese tope asegurado para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

Por ello señor juez es pertinente mencionar los amparos contratados en la póliza de marras, los cuales pueden ser observamos en armonía de las condiciones generales y particulares de la póliza:

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos



Numero de medicos	264,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	119,00
Grupo	B

Lo anterior indica que si se llegaren a presentar otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderán como una sola pérdida y la obligación de mi representada está limitada por el porcentaje correspondiente de la suma asegurada por vigencia, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del 36 C.Co, como también, deberán tenerse en cuenta los sublímites establecidos en la póliza citada anteriormente, en especial los referidos en materia de responsabilidad profesional.

De acuerdo con lo estipulado en el contrato de seguro, la suma indicada en la carátula de la póliza o por anexo como "límite agregado anual" es el límite máximo de responsabilidad de las coaseguradoras por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de las coaseguradoras puede exceder éste límite durante la vigencia, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros. La suma indicada en la carátula de la póliza o por anexo como "límite por evento" es el límite máximo de responsabilidad de las Compañías aseguradoras por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Ahora, el límite asegurado para cada uno de los amparos otorgados es el señalado en la caratula de la póliza por vigencia, de manera que cada coasegurador deberá soportar una eventual indemnización, en proporción a la cuantía de su participación porcentual en el coaseguro y la responsabilidad de las Compañías coaseguradoras por todo concepto, no excederá, para ninguna, el porcentaje correspondiente de ese tope asegurado para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

- **PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**

El término prescriptivo en materia de seguro se encuentra regulado en el artículo 1081 del Código de Comercio, en el que se establece:

ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

***La prescripción ordinaria** será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.*

***La prescripción extraordinaria** será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

La Corte Suprema de Justicia en sentencia del 18 de diciembre de 2012, realiza una explicación clara de cada uno de los tipos de prescripción en materia de seguros y expone que la ordinaria es de naturaleza subjetiva y la extraordinaria es objetiva:

"[...] Sobre dicha norma esta Corporación en sentencia de 29 de junio de 2007, exp. 1998-04690, señaló como características y aspectos determinantes, los siguientes:

(i) Las dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por

parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció.

(ii) Todas las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente.

(iii) La prescripción extraordinaria corre contra toda clase de personas, mientras que la ordinaria no opera contra los incapaces.

(iv) El término de la ordinaria es de sólo dos años y el de la extraordinaria se extiende a cinco, “justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situación jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas”.

(v) **Las dos formas de prescripción son independientes y autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, adquiriendo materialización jurídica la primera de ellas que se configure.**

En dicha providencia se recordó “que las dos clases de prescripción consagradas en el artículo 1081 del Código de Comercio se diferencian por su naturaleza: subjetiva, la primera, y objetiva, la segunda; por sus destinatarios: quienes siendo legalmente capaces conocieron o debieron conocer el hecho base de la acción, la ordinaria, y todas las personas, incluidos los incapaces, la extraordinaria; por el momento a partir del cual empieza a correr el término de cada una: en el mismo orden, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho base de la acción y desde cuando nace el correspondiente derecho; y por el término necesario para su configuración: dos y cinco años, respectivamente... (sentencia de 19 de febrero de 2002, exp. No. 6011)”.

Es evidente entonces que el interesado no puede solicitar, según le convenga, que se le aplique indistintamente cualquiera de los dos términos prescriptivo, pues operará la prescripción, sea ordinaria o extraordinaria, que se configure primero de conformidad con los presupuestos de hecho del caso concreto.

Ahora bien, es necesario en este punto identificar el momento en que inicia el cómputo del término para cada una de estas clases de prescripción. En el caso de la extraordinaria, de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio, el punto de partida será fijado

de manera objetiva por la ocurrencia del siniestro del cual se pretende determinar la responsabilidad del asegurado al ser el hecho que da base a la acción. Esta prescripción corre indistintamente para toda clase de personas.

Por otra parte, lo que respecta a la prescripción ordinaria en el plano del seguro de responsabilidad civil, está regulada por norma especial, esto es el artículo 1131 del Código de Comercio, cuando se trata de seguros de responsabilidad civil, a saber:

*ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO: En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. **Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.***

De la redacción de esta disposición resulta claro que **el conocimiento del hecho que da base a la acción está marcado para el asegurado por la presentación de reclamación judicial o extrajudicial realizada por la víctima. Por lo tanto, la prescripción ordinaria correrá contra el asegurado desde que la víctima le haya realizado la mencionada petición y operará en un plazo máximo de 2 años desde tal fecha.** En consonancia con lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia ha considerado lo siguiente respecto de la prescripción del contrato de seguro frente al asegurado:

Lo anterior, es claro, sin perjuicio del régimen prescriptivo establecido en el artículo 1131 del C. de Co. para el seguro de responsabilidad civil, en el que la prescripción corre frente al asegurado a partir del momento de la petición indemnizatoria (judicial o extrajudicial), que efectúe la víctima, y, respecto de ésta, desde 'el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado', según lo esclareció el legislador del año 1990 (art.86, Ley 45)^[2]

Hitos temporales que configuran la prescripción ordinaria frente al asegurado CLÍNICA DE LOS ROSALES

Conforme a lo anterior, es posible concluir entonces, para el momento en que se presentó petición a mí representada a través de llamamiento en garantía dentro del proceso, **ya ha transcurrido el término de prescripción establecido en la legislación comercial,** corriendo el efecto de extinción de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro, que por mandato legal establece el artículo 1081 ya citado.

• **INEXISTENCIA DE COBERTURA PARA PERJUICIOS POR LUCRO CESANTE POR CUENTA EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.**

En materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados ...", por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co.).

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-³causa 37 (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto³, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

A su vez, el legislador ha sido enfático que manifestar la necesidad de un pacto expreso, con el fin de volver materia de aseguramiento el perjuicio denominado lucro cesante, tal y como lo manifiesta de manera clara el artículo 1088 del código de comercio:

ARTÍCULO 1088. CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL SEGURO. *Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso.*

Así las cosas y teniendo en cuenta lo anterior, la indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deber ser objeto de acuerdo expreso, por ende como en el contrato de seguro referido en este proceso no se pactó el ampro para el lucro cesante, tal riesgo es ajeno al límite patrimonial establecido en la cobertura de la póliza.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. NO SE PACTÓ LA COBERTURA PARA PERJUICIOS INMATERIALES DIFERENTES A LOS MORALES**

En materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados ...", por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co.).

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan 3 Cfr. Ossa. G. J. Efrén. Op Cit. Pág. 111 38 esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto⁴, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

La Ley 45 de 1990 en su artículo 84, que modificó el artículo 1127 del C. de Co., define el seguro de responsabilidad como aquel que "impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y que tiene como propósito el resarcimiento de la víctima (...)" (Negrillas y subrayado fuera del texto original)

Luego, tratándose de seguros de responsabilidad, para que nazca la obligación del asegurador de indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, dicha obligación ha de estar expresamente estipulada en el respectivo contrato.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. EXISTE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO**

Adicionalmente, y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay cobertura bajo los seguros comentados, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también debe tener presente el ente fiscal que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupan, se impuso una carga al asegurado o al beneficiario en caso de siniestro, por virtud de la cual estos asumirán una parte del mismo. Esto es lo que se

denomina deducible, una suma de dinero del valor del siniestro que asumirán como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de la póliza expedida por mi representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, y en este caso se pactó de la siguiente manera:

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de servicios médicos

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No 2008065573-001 del 23 de Noviembre de 2008, ha sido clara en definir en qué consiste el deducible tal como lo citamos en nuestro recurso de apelación, indicando lo siguiente:

"En efecto, la sección I del Capítulo II , Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad pactar, mediante cláusulas especiales , que el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño"

Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, si no a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible que en una suma fija, en un porcentaje o en un combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro, determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes." Negrillas fuera del texto original.

Así las cosas, ruego al despacho tener en cuenta cada una de las condiciones establecidas en la póliza en comento, haciendo especial hincapié en la suma amparada

40 mediante el contrato y al deducible pactado en el mismo. De igual manera, solicito que en el remoto evento de que se llegare a hacer efectivo el llamamiento en garantía se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones del contrato de seguro.

**EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR
PARTE DE CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA**

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

ME OPONGO a la prosperidad de absolutamente todas las pretensiones del llamamiento en garantía formulado por CLINICA COMFAMILIAR RISARALDA a mi procurada ALLIANZ SEGUROS S.A., comoquiera que por la simple existencia de un contrato de seguro no puede predicarse la obligación indemnizatoria de la aseguradora, en tanto deben cumplirse los presupuestos sustanciales para que esta eventualmente ofrezca cobertura, por ello debemos reiterar al despacho que, la obligación de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Conforme a lo anterior, debe precisarse que lo que la convocante pretendió lograr es la vinculación de mi procurada, como llamada en garantía, de conformidad con lo preceptuado en los Arts. 64 y ss del C.G.P., en concordancia con el Art. 225 del CPACA, con base en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. No. 022040260/0 vigente desde el 31 de enero de 2017 hasta el 30 de enero de 2018.

Sin embargo, debe aclararse que la mencionada póliza, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, etc.; luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar su pronunciamiento al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a

cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

Sin embargo, debe aclararse que la mencionada póliza, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, etc.; luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar su pronunciamiento al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Como excepciones perentorias propongo las siguientes:

- **NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO MEDIANTE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022040260/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Sobre el particular, se debe señalarse que la cobertura de las Pólizas de Responsabilidad Civil No 022040260/0 expedidas por ALLIANZ SEGUROS S.A., con sujeción a las condiciones pactadas en la misma, amparan la responsabilidad civil en que llegare a incurrir el asegurado CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA de conformidad con lo esgrimido en la póliza en comento. Por ello, teniendo en cuenta que ésta no se estructuró, como quiera que en el plenario no se acreditó una conducta antijurídica atribuible a ella y que a su vez podría constituirse como la causa eficiente del daño alegado, resulta indiscutible la no realización el riesgo asegurado, es decir, no se cumplió la condición de la que pende el nacimiento de la obligación indemnizatoria de la aseguradora. En suma, debe tenerse en cuenta que el objeto del seguro precisa lo siguiente:

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	AVENIDA CIRCUNVALAR 3 - 01

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ámbito territorial	Colombia

5



Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	127,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	343,00
Grupo	B

De lo anterior, se desprende que para que nazca la obligación indemnizatoria a la compañía aseguradora, es menester que se configure el riesgo asegurado, en el sub lite, la responsabilidad de la CLÍNICA LOS ROSALES en perjuicio de un tercero afectado, quien es el beneficiario en la relación contractual mencionada anteriormente.

En este orden de ideas, es dable reiterar que para que se configure responsabilidad, es indefectible que exista un daño antijurídico, una conducta dolosa o gravemente culposa y que necesariamente infiera o se configure como la causa eficiente de éste. Es en ese sentido que el aquí demandado, sólo podrá considerarse responsable, en el evento de hallar probado que ejerció u omitió imperita, negligente o imprudentemente una conducta, causando el supuesto daño que alega la parte actora haber sufrido el menor CAMILO CORRALES SIERRA, situación que no ha sido acreditada en el plenario por ningún medio, y en su lugar, lo que se ha acreditado fehacientemente, es que LA CLÍNICA LOS ROSALES. no tuvo participación en la producción del daño, ni mucho menos coadyuvó a la creación de las condiciones de riesgo para que éste se estructurara, quedando sentada la inexistencia de una responsabilidad civil predicable del ente en comento, pues con ningún medio probatorio útil, pertinente y conducente se ha demostrado hasta este episodio procesal que la supuesta falla en el servicio atribuida por la parte activa hubiese sido cometida por LA CLÍNICA LOS ROSALES, de tal suerte que, es inexistente la concreción del riesgo asegurable mediante la citada póliza, expedida por mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. y, en tal sentido, no nace la obligación indemnizatoria para ella.

- **DENTRO DE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022040260/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A., SE PACTO UNA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA DOCTRINALMENTE COMO CLAIMS MADE O POR RECLAMACIÓN**

Es necesario mencionar brevemente al despacho, que el límite temporal alude al lapso en el que debe presentarse un hecho o efectuarse una reclamación a fin de que opere la cobertura de la póliza, por ende, si la reclamación se presentó dentro del término pactado o el hecho dentro del periodo de retroactividad, el asegurador asumirá el riesgo amparo, en tanto que la prescripción (art 1081 de Código de Comercio), se refiere al término con que se cuenta para ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro a fin de hacerse acreedor de un derecho. Por ello, es importante que se comprenda la diferencia entre la prescripción de la que trata el artículo 1081 del Código de Comercio y el límite temporal de la póliza, ya que son fenómenos totalmente diferentes.

Así las cosas, es evidente que el asegurador mediante la suscripción de una póliza, puede fijar los límites temporales de la cobertura, es decir que podrá pactar mediante la autonomía de la voluntad de las partes, el lapso o termino por el cual se extenderá la protección al asegurado, lo que se denomina límite temporal.

En el mismo sentido, es menester comprender que el establecer límites temporales en las pólizas de seguro es totalmente valido y eficaz en términos jurídicos, puesto que la ley permite la ocurrencia de estas situaciones de carácter contractual en las relaciones sustanciales entre aseguradores y asegurados, y este término no tiene relación alguna con las instituciones jurídicas de prescripción y caducidad.

En virtud de lo anterior, debe precisarse que para que la póliza de responsabilidad de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021796479/0, No. 021959811/0, 022128308/0, 022309386/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. ofrezcan cobertura para el litigio que hoy nos convoca, deben cumplir las condiciones propias de la modalidad de Claims made o reclamación, las cuales son:

- Los hechos deben ocurrir dentro del periodo de vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado.
- La reclamación debe ser formulada a la aseguradora dentro del periodo de vigencia de esta.

Frente a la póliza de Responsabilidad Profesional Clínica y Hospitales No 021796479/0 se explicará de la siguiente manera:

Así las cosas, debe precisarse que la póliza con la que fue vinculada mi defendida únicamente ofrece cobertura hasta el día 04 de agosto de 2016 (04/08/16), motivo por el cual no existe cobertura para hechos ocurridos o reclamaciones realizadas con posterioridad a la fecha en comento. Ahora bien, teniendo en cuenta que la modalidad de

cobertura pactada en esta póliza es la denominada Claims made o reclamación, debemos indicar que eventualmente no podría afectarse la póliza en comento, comoquiera que esta no ofrece cobertura para hechos ocurridos después del periodo de vigencia o del límite temporal establecido en dicho contrato, o de reclamaciones realizadas por fuera del periodo de vigencia. Lo anterior, teniendo en cuenta que la fecha de reclamación debe realizarse dentro del periodo de vigencia de la póliza, sumado a que el hecho debe haber ocurrido dentro de este lapso o dentro del periodo de retroactividad pactado en la póliza, y como ocurre en este caso, el día 30 de abril del año 2019, es notificado llamamiento en garantía realizado a mi procurada, momento para el cual no existía vigencia con de la póliza en comento, encontrándose dicha reclamación muy por fuera de lo establecido en las condiciones del citado contrato de seguro.

Obsérvese entonces señor juez, efectivamente como la póliza contempla la anterior modalidad de cobertura, tomando aún más poder lo expresado en estas líneas:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Así las cosas, es evidente que en el presente caso para el día 30 de abril del año 2019, fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a mi defendida, no existía cobertura por parte de la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales no 022040260/0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A. que utiliza el operador judicial para ejecutar su llamamiento en garantía.

No obstante lo anterior, tenemos que aclarar que la Clínica de los Rosales formula llamamiento en garantía fuera del límite temporal pactado, momento para el cual no estaba vigente la póliza en comento, comoquiera que este llamamiento en garantía constituye el reclamo judicial o extrajudicial que debe realizarse dentro del periodo de vigencia según la modalidad de cobertura de Claims Made o reclamación explicado anteriormente. Debe tenerse como momento de la reclamación la fecha en la cual se notifica el llamamiento en garantía a ALLIANZ SEGUROS, porque es el momento en que la aseguradora tiene conocimiento de los acontecimientos y hechos motivadores del medio de control.

- **INEXISTENCIA DE COBERTURA PARA PERJUICIOS POR LUCRO CESANTE POR CUENTA EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022040260/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A.**

En materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés

asegurado o la cosa asegurados ...”, por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co.).

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa 37 (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto³, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

A su vez, el legislador ha sido enfático que manifestar la necesidad de un pacto expreso, con el fin de volver materia de aseguramiento el perjuicio denominado lucro cesante, tal y como lo manifiesta de manera clara el artículo 1088 del código de comercio:

ARTÍCULO 1088. CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL SEGURO. *Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso.*

Así las cosas y teniendo en cuenta lo anterior, la indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deber ser objeto de acuerdo expreso, por ende como en el contrato de seguro referido en este proceso no se pactó el ampro para el lucro cesante, tal riesgo es ajeno al límite patrimonial establecido en la cobertura de la póliza.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022040260/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. NO SE PACTÓ LA COBERTURA PARA PERJUICIOS INMATERIALES DIFERENTES A LOS MORALES**

En materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., “... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados ...”, por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que

contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co.).

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan 3 Cfr. Ossa. G. J. Efrén. Op Cit. Pág. 111 38 esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto⁴, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

La Ley 45 de 1990 en su artículo 84, que modificó el artículo 1127 del C. de Co., define el seguro de responsabilidad como aquel que "impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y que tiene como propósito el resarcimiento de la víctima (...)" (Negrillas y subrayado fuera del texto original)

Luego, tratándose de seguros de responsabilidad, para que nazca la obligación del asegurador de indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, dicha obligación ha de estar expresamente estipulada en el respectivo contrato.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022040260/0 EXPEDIDA POR ALLIANZ SEGUROS S.A. EXISTE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO**

Adicionalmente, y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay cobertura bajo los seguros comentados, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también debe tener presente el ente fiscal que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupan, se impuso una carga al asegurado o al beneficiario en caso de siniestro, por virtud de la cual estos asumirán una parte del mismo. Esto es lo que se denomina deducible, una suma de dinero del valor del siniestro que asumirán como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las caratulas de la póliza expedida por mi representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, y en este caso se pactó de la siguiente manera:

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una

8

sentencia ejecutoriada o no.

15% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No 2008065573-001 del 23 de Noviembre de 2008, ha sido clara en definir en qué consiste el deducible tal como lo citamos en nuestro recurso de apelación, indicando lo siguiente:

"En efecto, la sección I del Capítulo II , Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad pactar, mediante cláusulas especiales , que el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño"

Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, si no a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible que en una suma fija, en un porcentaje o en un combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro, determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes." Negrillas fuera del texto original.

Así las cosas, ruego al despacho tener en cuenta cada una de las condiciones establecidas en la póliza en comento, haciendo especial hincapié en la suma amparada 40 mediante el contrato y al deducible pactado en el mismo. De igual manera, solicito que en el remoto evento de que se llegare a hacer efectivo el llamamiento en garantía se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones del contrato de seguro.

507

CAPITULO VIII. PRUEBAS

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 021796479/0,
- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021959811/0,
- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022128308/0,
- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022309386/0 EXPEDIDAS POR ALLIANZ SEGUROS S.A.
- PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No 022040260/0

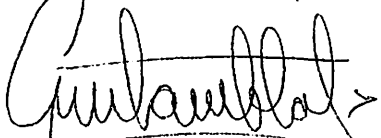
CAPITULO IX. ANEXOS

- PODER PARA ACTUAR DENTRO DEL PRESENTE PROCESO.

CAPITULO X. NOTIFICACIONES

El suscrito en Avenida 6A Bis No. 35N-100, Oficina 212 del Centro Empresarial Chipichape, ubicado en la ciudad de Cali, o en la Secretaría del Despacho. Del señor Juez,

Del señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA,

C.C. No. 19.395.114 de Santiago de Cali,
Tarjeta Profesional N.º. 39.116 del C.S. de la J.

JUZGADO CUARTO

27 MAY 2019

HOY

EL SEÑOR JUEZ

(25) FOLIOS, FUE PRESENTADO PERSONALMENTE POR
Juan Sebastian Cardona

C.C. No: 10949201-93 0240 folios DE LA JUZ.

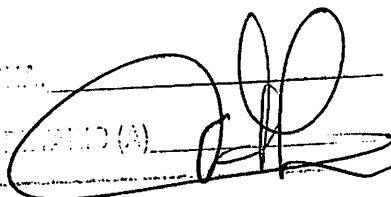
ADJUNTA: FOLIO () FOLIOS ANEXOS; FOLIOS ()

SE ANEXA AL PROCESO QUE SE ENCUENTRA EN SECRETARIA ()

A DESTACHO ()

AGREGADO AL EXPEDIENTE EN LA FORMA

RECIBE; EL SEÑOR JUEZ (A)



508

Señor
JUEZ QUINTO (5°) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA
E.S.D.

REF: REPARACION DIRECTA DE OLGA LILIANA SIERRA VELASQUEZ Y
OTROS CONTRA HOSPITAL SAN VIVENTE DE PAUL DE ANSERMA -
CALDAS, CLÍNICA LOS ROSALES Y CLÍNICA COMFAMILIAR RISARALDA.
LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A ALLIANZ SEGUROS S.A.
RAD. 2018-00203-00

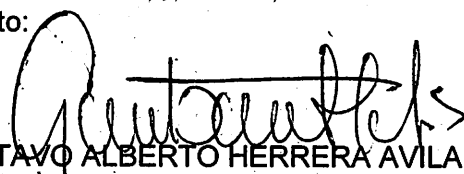
ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMÁN, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía N° 67.004.161 de Cali, obrando en esta acto en nombre de ALLIANZ SEGUROS S.A., sociedad legalmente constituida con domicilio principal en Bogotá y con sucursal en Cali, en mi calidad de Representante Legal de la aseguradora, como se acredita con el Certificado expedido por la Cámara de Comercio de Cali que se anexa, comedidamente manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre de dicha sociedad asuma la representación judicial de la compañía en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, los conteste, proponga excepciones, solicite pruebas, interponga recursos y realice todas las actuaciones necesarias e inherentes a su calidad.

El apoderado queda facultado para notificarse, recibir, desistir, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, objetar el juramento estimatorio de la cuantía de la demanda y en general, para realizar todas las acciones necesarias e indispensables para el éxito del mandato a su cargo, etc.

Cordialmente,


ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMÁN
C.C. N° 67.004.161 de Cali

Acepto:


GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C. 19.395.114 de Bogotá
T.P. 39.116 del C.S.J.

14 MAY 2019

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA DOCE DE CALI

Este memorial dirigido a Luz
fue presentado personalmente ante el despacho por.
Adriana Lorena Sandoval Quintero
Identificado (s) con C.C. No. 62004161
expedida en Qu T.profesional No. _____
y manifestó que reconoce el contenido y que la firma y la
huella son suya
El compareciente Adriana Lorena Sandoval Quintero
Cali Valle _____
Maria Mercedes Landa O.
Notaria Doce de Cali

Francia Stella Pereira Rincón
Notaria Doce de Cali (E)

NOTARIA DOCE DE CALI
Se autoriza por Insistencia del Interesado
No se Registra Huemtria.
14 MAY 2019
Fecha _____ Hora 3:26 pm
Falla técnica ☒ C.C. Extranjería ☐

G. HERRERA & ASOCIADOS

14 MAY 2019

RECIBO
NO VALIDO



CAMARA DE COMERCIO DE CALI

FECHA DE EXPEDICIÓN: MIÉRCOLES 08 MAYO 2019 10:29:14 AM

RADICACIÓN No: 20190286443-INT, VALOR: 5800

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0819ZGTVIA

PARA VERIFICAR EL CONTENIDO Y CONFIABILIDAD DE ESTE CERTIFICADO, INGRESE A WWW.CCC.ORG.CO/ SERVICIOS VIRTUALES Y EN EL SERVICIO DE CERTIFICADO ELECTRÓNICO DIGITE EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN. ESTE CERTIFICADO, QUE PODRÁ SER VALIDADO LAS VECES QUE SEA NECESARIO HASTA EL DOMINGO 07 DE JULIO DE 2019 DURANTE 60 DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO, CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO ELECTRÓNICAMENTE.

CERTIFICA

NOMBRE DE LA CASA PRINCIPAL : ALLIANZ SEGUROS S.A.

NIT NRO :860026182 - 5

DOMICILIO :BOGOTA DISTRITO CAPITAL

NOMBRE DE LA SUCURSAL :ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

DOMICILIO :CALI VALLE

DIRECCION NOTIFICACION JUDICIAL :AV. 6 A N 23 - 13

CIUDAD :CALI

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: notificacionesjudiciales@allianz.co

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA NOTIFICACIÓN JUDICIAL:notificacionesjudiciales@allianz.co

MATRICULA NRO :178756 - 2

CERTIFICA

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CAMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS S.A.

CERTIFICA

POR ESCRITURA NÚMERO 1959 DEL 03 DE MARZO DE 1997 NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA , INSCRITO(A) EN LA CÁMARA DE COMERCIO EL 24 DE JULIO DE 1997 BAJO EL NÚMERO 1482 DEL LIBRO VI ,SE APROBO LA FUSION POR ABSORCION ENTRE (ABSORBENTE) ASEGURADORA COLSEGUROS S A Y (ABSORBIDA(S)) LA NACIONAL COMPANIA DE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. .

POR ESCRITURA NÚMERO 8774 DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2001 NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA , INSCRITO(A) EN LA CÁMARA DE COMERCIO EL 30 DE JUNIO DE 2011 BAJO EL NÚMERO 1515 DEL LIBRO VI ,SE APROBO LA FUSION POR ABSORCION ENTRE (ABSORBENTE) ASEGURADORA COLSEGUROS S A Y (ABSORBIDA(S)) CYBERSEGUROS DE COLOMBIA S.A. .

POR ESCRITURA NÚMERO 676 DEL 16 DE MARZO DE 2012 NOTARIA VEINTITRES DE BOGOTA , INSCRITO(A) EN LA CÁMARA DE COMERCIO EL 25 DE ABRIL DE 2012 BAJO EL NÚMERO 954 DEL LIBRO VI ,CAMBIO SU NOMBRE DE ASEGURADORA COLSEGUROS S A . POR EL DE ALLIANZ SEGUROS S.A. .

CERTIFICA

REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA.DOC	ORIGEN	FECHA.INS	NÚMERO.INS	LIBRO
ESCRITURA 4204	01/09/1969	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	11/02/1976	15962	IX
ESCRITURA 5319	30/10/1971	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	11/02/1976	15963	IX
ESCRITURA 2930	25/07/1972	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	11/02/1976	15964	IX
ESCRITURA 2427	05/06/1973	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	11/02/1976	15965	IX
ESCRITURA 1273	23/05/1983	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	13/08/1986	86893	IX
ESCRITURA 2858	26/07/1978	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	19/06/1996	1211	VI
ESCRITURA 3511	26/10/1981	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	19/06/1996	1212	VI
ESCRITURA 1856	08/07/1982	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	19/06/1996	1214	VI
ESCRITURA 1491	16/06/1983	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	19/06/1996	1215	VI
ESCRITURA 1322	10/03/1987	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	19/06/1996	1216	VI
ESCRITURA 3089	28/07/1989	NOTARIA DIECIOCHO DE BOGOTA	19/06/1996	1217	VI
ESCRITURA 4845	26/10/1989	NOTARIA DIECIOCHO DE BOGOTA	19/06/1996	1218	VI
ESCRITURA 2186	11/10/1991	NOTARIA DIECISEIS DE BOGOTA	19/06/1996	1219	VI
ESCRITURA 1115	17/04/1995	NOTARIA TREINTA Y CINCO DE BOGOTA	19/06/1996	1222	VI
ESCRITURA 5891	21/06/1996	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	26/09/1996	1946	VI
ESCRITURA 0285	18/01/2002	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1493	VI
ESCRITURA 5562	14/05/2003	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1495	VI
ESCRITURA 0997	07/02/2005	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1496	VI
ESCRITURA 1903	28/05/2008	NOTARIA TREINTA Y UNO DE BOGOTA	30/06/2011	1497	VI
ESCRITURA 2736	08/04/2010	NOTARIA SETENTA Y DOS DE BOGOTA	30/06/2011	1498	VI
ESCRITURA 2197	14/07/2010	NOTARIA VEINTITRES DE BOGOTA	30/06/2011	1499	VI
ESCRITURA 3950	16/12/2010	NOTARIA VEINTITRES DE BOGOTA	30/06/2011	1500	VI
ESCRITURA 3759	15/12/1982	NOTARIA DECIMA DE BOGOTA	30/06/2011	1501	VI
ESCRITURA 447	30/03/1994	NOTARIA CUARENTA Y SIETE DE BOGOTA	30/06/2011	1502	VI
ESCRITURA 9236	20/09/1996	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1503	VI
ESCRITURA 1572	21/02/1997	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1504	VI
ESCRITURA 2162	07/03/1997	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1505	VI
ESCRITURA 1366	11/06/1997	NOTARIA TREINTA Y CINCO DE BOGOTA	30/06/2011	1506	VI
ESCRITURA 6941	16/07/1997	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1507	VI
ESCRITURA 12533	16/12/1997	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1508	VI
ESCRITURA 2432	24/09/1998	NOTARIA SEPTIMA DE BOGOTA	30/06/2011	1509	VI
ESCRITURA 3298	24/12/1998	NOTARIA SEPTIMA DE BOGOTA	30/06/2011	1510	VI
ESCRITURA 1203	15/06/1999	NOTARIA SEPTIMA DE BOGOTA	30/06/2011	1511	VI
ESCRITURA 1131	28/06/2000	NOTARIA SEPTIMA DE BOGOTA	30/06/2011	1512	VI
ESCRITURA 6315	24/08/2000	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1513	VI
ESCRITURA 7672	02/10/2001	NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTA	30/06/2011	1514	VI

CERTIFICA

OBJETO SOCIAL. EL OBJETO DE LA SOCIEDAD ES CELEBRAR Y EJECUTAR DIVERSAS MODALIDADES DE CONTRATOS DE SEGURO Y REASEGURO, ACEPTANDO O CEDIENDO RIESGOS QUE, DE ACUERDO CON LA LEY Y LA TÉCNICA ASEGURADORA, PUEDEN SER MATERIA DE ESTE CONTRATO.

EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, LA SOCIEDAD PODRÁ INVERTIR SU CAPITAL Y SUS RESERVAS DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES QUE REGULAN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, ARRENDAR, HIPOTECAR, PIGNORAR Y ENAJENAR EN CUALQUIER FORMA TODA CLASE DE BIENES MUEBLES, INMUEBLES O SEMOVIENTES; GIRAR ENDOSAR, ACEPTAR, DESCONTAR, ADQUIRIR, GARANTIZAR, PROTESTAR, DAR EN PRENDA O GARANTÍA Y RECIBIR EN PAGO TODA CLASE DE INSTRUMENTOS NEGOCIABLES O EFECTOS DE COMERCIO; DAR O RECIBIR DINERO EN PRÉSTAMO O SIN INTERESES; CELEBRAR CONTRATOS DE SOCIEDAD CON OTRAS PERSONAS QUE TENGAN OBJETOS



CAMARA DE COMERCIO DE CALI

FECHA DE EXPEDICIÓN: MIÉRCOLES 08 MAYO 2019 10:29:14 AM

ANÁLOGOS O CONEXOS Y QUE EN ALGUNA FORMA TIENDAN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO PRINCIPAL. PODRÁ TAMBIÉN GARANTIZAR POR MEDIO DE FIANZAS, PRENDAS, HIPOTECAS Y DEPÓSITOS, SUS OBLIGACIONES PROPIAS Y OBLIGACIONES DE TERCEROS, SI ELLO FUERE LEGALMENTE POSIBLE, Y, EN GENERAL, EJECUTAR TODOS AQUELLOS ACTOS Y CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO SOCIAL Y QUE SE ENCUENTREN AUTORIZADOS POR LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE REGLAMENTAN LA INVERSIÓN DEL CAPITAL Y LA RESERVA DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS.

CERTIFICA

DOCUMENTO: ACTA NÚMERO 691 DEL 27 DE MARZO DE 2014

ORIGEN: JUNTA DIRECTIVA

INSCRIPCION: 29 DE AGOSTO DE 2014 NÚMERO 1820 DEL LIBRO VI

FUE (RON) NOMBRADO(S) :

GERENTE SUCURSAL

NURYA MACIQUE LLERENA

C.C.38568025

SUBGERENTE SUCURSAL

ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN

C.C.67004161

CERTIFICA

POR ESCRITURA NÚMERO 1461 DEL 09 DE AGOSTO DE 2000 NOTARIA SEPTIMA DE BOGOTA , INSCRITO(A) EN LA CÁMARA DE COMERCIO EL 03 DE OCTUBRE DE 2000 BAJO EL NÚMERO 247 DEL LIBRO V POR MEDIO DE LA CUAL COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMIENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA

INTERPONER CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTA FE DE BOGOTÁ Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASÍ COMO TAMBIÉN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

POR ESCRITURA NÚMERO 3231 DEL 14 DE AGOSTO DE 2007 NOTARIA TREINTA Y UNO DE BOGOTÁ, INSCRITO(A) EN LA CÁMARA DE COMERCIO EL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2007 BAJO EL NÚMERO 112 DEL LIBRO V, SE CONFIERE PODER GENERAL A WILLIAM BARRERA VALDERRAMA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 91.297.787 DE BUCARAMANGA, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) OBJETAR LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD PODERDANTE POR ASEGURADORAS, BENEFICIARIOS Y EN GENERAL, CUALQUIER PERSONA, E IGUALMENTE PRONUNCIARSE SOBRE LAS SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN DE OBJECIONES QUE SEAN PRESENTADAS A DICHA SOCIEDAD, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES. B) ASISTIR A AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES QUE COMPROMETAN A LA SOCIEDAD PODERDANTE, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES.

POR ESCRITURA NÚMERO 5107 DEL 05 DE MAYO DE 2008 NOTARIA VEINTINUEVE DE BOGOTÁ, INSCRITO(A) EN LA CÁMARA DE COMERCIO EL 21 DE JULIO DE 2008 BAJO EL NÚMERO 132 DEL LIBRO V COMPARECIO CLAUDIA VICTORIA SALGADO RAMÍREZ, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 39.690.201 DE USAQUEN Y MANIFESTO: QUE OBRA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. QUE EN TAL CARÁCTER Y POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GÓMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA No. 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTÁ Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO No. 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LLAMADAS EN GARANTÍA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES. B) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL. C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASÍ COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACIÓN E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD ANTES MENCIONADA LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D) NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA SOLICITUD Y PRÁCTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASÍ COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑÍAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TÉRMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARÁN VÁLIDAS Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVÉS DE LOS APODERADOS GENERAL AQUÍ DESIGNADOS Y E) EN GENERAL, LOS ABOGADOS MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASÍ

COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

POR ESCRITURA NÚMERO 2426 DEL 09 DE JULIO DE 2009 NOTARIA VEINTITRES DE BOGOTA , INSCRITO(A) EN LA CÁMARA DE COMERCIO EL 30 DE JULIO DE 2009 BAJO EL NÚMERO 121 DEL LIBRO V , MEDIANTE EL CUAL SE OTORGA PODER GENERAL A MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON LA C.C. NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NRO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA; PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES MENCIONADAS EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS:

A. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, FISCALIAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMIENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTE U OPOSITORES. B. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL. C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D. REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACION: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TERMINOS, ASISTIR A TODA CLASE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LA SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTA. E. RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

POR ESCRITURA NÚMERO 3024 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2014 NOTARIA VEINTITRES DE BOGOTA , INSCRITO(A) EN LA CÁMARA DE COMERCIO EL 22 DE JULIO DE 2015 BAJO EL NÚMERO 238 DEL LIBRO V , COMPARECIÓ ALBA LUCIA GALLEG0 NIETO, IDENTIFICADA CON C.C.30278007 DE MANIZALES, MANIFESTÓ: QUE ACTÚA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (LAS "SOCIEDADES"), EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 263 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONFIEREN PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA.

3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, PRESENTANDO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTÍA.
4. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A PÓLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO, PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, PÓLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES, PÓLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.
5. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORQUE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.
6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CRÉDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.
7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE ÉSTAS.
8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ÉSTA TENGA EN CUSTODIA, SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.
9. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, INSPECCIONES DEL TRABAJO, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES, CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y DE ARBITRAMIENTO.
10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.
11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.
12. FIRMAR, FÍSICA, ELECTRÓNICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE ADUANAS E IMPUESTOS TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTÉN A CARGO DE LAS SOCIEDADES.
13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES, CUANDO SEA EL CASO.
14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.
15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHÍCULOS QUE SE EFECTÚEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTES TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRÁMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.
16. CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

CERTIFICA

EMBARGO DE: MARIA NHORA BELALCAZAR TROCHEZ, GIJAN FRANCO BELALCAZAR, MARIA YAMILET QUINAYAS MUÑOZ, JOSE ERLEY QUINAYAS MUÑOZ, JHON EDWIN QUINAYAS MARTINEZ, MILTON ERLEY QUINAYAS MARTINEZ, EDILSON QUINAYAS MUÑOZ, INGRID TATIANA QUINAYAS CHAVES, EDINSON ANDRES QUINAYAS CHAVES Y KEINER EDILSON QUINAYAS CHAVES

CONTRA: ALLIANZ SEGUROS S.A.

BIENES EMBARGADOS: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

DOCUMENTO: OFICIO NÚMERO 1975 DEL 06 DE OCTUBRE DE 2016

ORIGEN: JUZGADO TRECE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

INSCRIPCIÓN: 21 DE OCTUBRE DE 2016 NÚMERO 2386 DEL LIBRO VIII

512



CAMARA DE COMERCIO DE CALI

FECHA DE EXPEDICIÓN: MIÉRCOLES 08 MAYO 2019 10:29:14 AM

CERTIFICA

DEMANDA DE:MAURICIO ALIRIO LOPEZ SOLARTE Y OTROS
CONTRA:ALLIANZ SEGUROS S.A.
BIENES DEMANDADOS:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

PROCESO:ORDINARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DOCUMENTO: OFICIO NÚMERO496201300346 DEL 22 DE ABRIL DE 2014
ORIGEN: JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
INSCRIPCION: 09 DE MAYO DE 2014 NÚMERO 834 DEL LIBRO VIII

DEMANDA DE:ADELAISY VALENCIA MUÑOZ Y OTROS
CONTRA:ALLIANZ SEGUROS S.A.
BIENES DEMANDADOS:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

PROCESO:ORDINARIO
DOCUMENTO: OFICIO NÚMERO496 DEL 29 DE AGOSTO DE 2014
ORIGEN: JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DESCONGESTION DE CALI
INSCRIPCION: 01 DE OCTUBRE DE 2014 NÚMERO 1966 DEL LIBRO VIII

DEMANDA DE:FERNEY MARIN MURILLO
CONTRA:ALLIANZ SEGUROS S.A.
BIENES DEMANDADOS:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

PROCESO:VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DOCUMENTO: OFICIO NÚMERO3823 DEL 20 DE OCTUBRE DE 2015
ORIGEN: JUZGADO 14 CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI
INSCRIPCION: 18 DE NOVIEMBRE DE 2015 NÚMERO 2507 DEL LIBRO VIII

DEMANDA DE:ROMELIA RUIZ HERRERA
CONTRA:ALLIANZ SEGUROS S.A.
BIENES DEMANDADOS:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

PROCESO:VERBAL
DOCUMENTO: OFICIO NÚMERO1580 DEL 10 DE MAYO DE 2016
ORIGEN: JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
INSCRIPCION: 16 DE MAYO DE 2016 NÚMERO 988 DEL LIBRO VIII

DEMANDA DE:BLANCA NUBIA HIGINO MARIN
CONTRA:ALLIANZ SEGUROS S.A.
BIENES DEMANDADOS:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

PROCESO:DECLARATIVO
DOCUMENTO: OFICIO NÚMERO1835 DEL 24 DE MAYO DE 2018
ORIGEN: JUZGADO CATORCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
INSCRIPCION: 05 DE JUNIO DE 2018 NÚMERO 1654 DEL LIBRO VIII



CAMARA DE COMERCIO DE CALI

FECHA DE EXPEDICIÓN: MIÉRCOLES 08 MAYO 2019 10:29:14 AM

DEMANDA DE: NORVELLY SERNA LARGO C.C.31.479.958
CONTRA: ALLIANZ SEGUROS S.A.
BIENES DEMANDADOS: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
DOCUMENTO: OFICIO NÚMERO 936 DEL 15 DE MARZO DE 2019
ORIGEN: JUZGADO CATORCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
INSCRIPCIÓN: 03 DE ABRIL DE 2019 NÚMERO 913 DEL LIBRO VIII

DEMANDA DE: JUAN DAVID CARDONA CORDOBA
CONTRA: ALLIANZ SEGUROS S.A.
BIENES DEMANDADOS: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

PROCESO: .
DOCUMENTO: OFICIO NÚMERO 01037 2018-00290-01 DEL 02 DE ABRIL DE 2019
ORIGEN: JUZGADO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
INSCRIPCIÓN: 11 DE ABRIL DE 2019 NÚMERO 974 DEL LIBRO VIII

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.800 DEL 16 DE AGOSTO DE 1974, NOTARIA DECIMA DE BOGOTA, INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 13 DE AGOSTO DE 1986 BAJO LOS NROS. 27756 Y 1067 DE LOS LIBROS VI Y V, CONSTA QUE SE CONFIRMO LA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE UNA SUCURSAL DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE CALI.

CERTIFICA

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL SIGUIENTE ESTABLECIMIENTO, SURCURSAL O AGENCIA:

NOMBRE: ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
MATRÍCULA NÚMERO: 178756-2 FECHA: 14 DE AGOSTO DE 1986
ULTIMO AÑO RENOVADO: 2019
FECHA DE RENOVACIÓN DE LA MATRÍCULA MERCANTIL: 07 DE MARZO DEL AÑO 2019
CATEGORÍA: SUCURSAL FORANEA
DIRECCIÓN: AV. 6 A N 23 - 13
MUNICIPIO: CALI
ACTIVIDAD COMERCIAL:
K6511 - SEGUROS GENERALES

CERTIFICA

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN JURÍDICA DEL INSCRITO HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN.

QUE NO FIGURAN OTRAS INSCRIPCIONES QUE MODIFIQUEN TOTAL O PARCIALMENTE EL PRESENTE CERTIFICADO.

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA

513



CAMARA DE COMERCIO DE CALI

FECHA DE EXPEDICIÓN: MIÉRCOLES 08 MAYO 2019 10:29:14 AM

DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS; EL SÁBADO NO SE TIENE COMO DÍA HÁBIL PARA ESTE CONTEO.

EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS SOBRE LA VALIDEZ JURÍDICA Y PROBATORIA DE LOS MENSAJES DE DATOS DETERMINADOS EN LA LEY 527 DE 1999 Y DEMÁS NORMAS COMPLEMENTARIAS, LA FIRMA DIGITAL DE LOS CERTIFICADOS GENERADOS ELECTRÓNICAMENTE SE ENCUENTRA RESPALDADA POR UNA ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN DIGITAL ABIERTA ACREDITADA POR EL ORGANISMO NACIONAL DE ACREDITACIÓN (ONAC) Y SÓLO PUEDE SER VERIFICADA EN ESE FORMATO.

DADO EN CALI A LOS 08 DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2019 HORA: 10:29:14 AM

[Handwritten signature]

514

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
021796479 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

11 de Agosto de 2015

Tomador de la Póliza

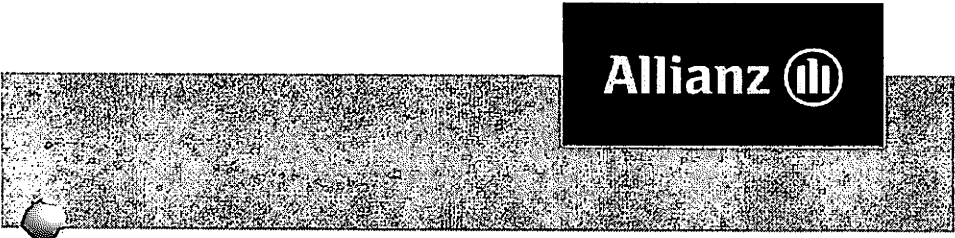
CLINICA LOS ROSALES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.



515

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

 Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES..... 11

 Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 11

 Capítulo III - Sinistros.....20

 Capítulo V - Cuestiones fundamentales de 25

 carácter general

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales:

Tomador del Seguro:	CLINICA LOS ROSALES SA NIT: 8914099810 CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25 PEREIRA Teléfono: 3243702
Asegurado:	CLINICA LOS ROSALES SA NIT: 8914099810 CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25 PEREIRA Teléfono: 3243702 Email: gerencia@clirosales.com
Póliza y duración:	Póliza nº: 021796479 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 05/08/2015 hasta las 24:00 horas del 04/08/2016.
Importes expresados en PESO COLOMBIANO.	
Renovable a partir del 04/08/2016 desde las 24:00 horas.	
Intermediario:	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA Clave: 1063795 CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801 PEREIRA NIT: 900238552 Teléfonos: 3400304 0 E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos

Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1063795	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA	100,00

Clausulas

Terceros Afectados

Prestación de servicios médicos

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas N° de recibo: 871769826

Nº de recibo: 871769826

Período: de 05/08/2015 a 04/08/2016

Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	185.344.828,00
IVA	29.655.172,00
IMPORTE TOTAL	215.000.000,00

Servicios para el Asegurado

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso:

El Asesor SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Teléfono/s: 3400304-0

También a través de su e-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Sursum: MANIZALES

Urgencias y Asistencia:

Línea de atención al cliente a nivel nacional: 018000513500

En Bogotá: 5941433

Desde su celular: #265

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co en la sección Atención al cliente.

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

CLINICA LOS ROSALES SA

SEGUROS Y ASESORIAS
CIA LTDA

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

- 1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

- 2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
- 3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (**PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑÍA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑÍA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑÍA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y/o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

522

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante LA COMPAÑIA no estará obligada a expedir dichas cauciones.

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.



PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos



por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

525

sinistro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V

Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** Es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** Es el período comprendido entre las fechas de iniciación y terminación del amparo que brinda la póliza, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo. La cobertura de la presente póliza se otorga para trayectos cuya duración no sea superior a cinco (5) días. Si el trayecto tiene estimados días adicionales, esta situación deberá comunicarse a la compañía con por lo menos dos (2) días de anterioridad al cumplimiento de los cinco (5) días iniciales previstos para el trayecto.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del período de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por

evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a

subsananlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

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

prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

- Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

- as El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las



El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las

condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

20. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a DIEZ (10) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

829

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de TREINTA (30) días calendario. Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

23/07/2015-1301-P-06-RCCH100 V2

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

Allianz 

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA
Agente de Seguros Vinculado
NIT: 900238552
CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801
PEREIRA
Tel. 3400304
E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

12-08-2015 01:09:42 03101100222ON00C052 CE00429 1063795

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza N° 021959811 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

04 de Agosto de 2016

Tomador de la Póliza

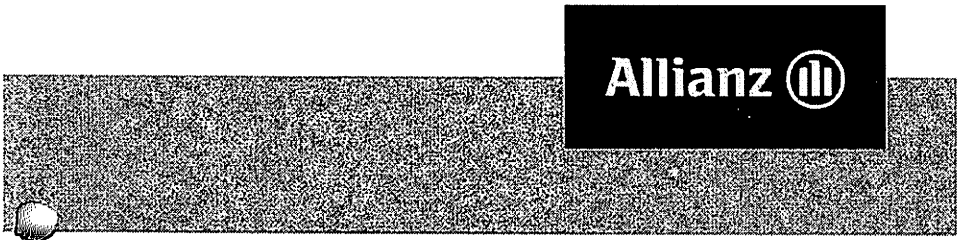
CLINICA LOS ROSALES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.



SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

 Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES..... 11

 Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 11

 Capítulo III - Siniestros.....20

 Capítulo V - Cuestiones fundamentales de 25

 carácter general

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA LOS ROSALES SA NIT: 8914099810 CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25 PEREIRA Teléfono: 3243702 Email: gerencia@clirosales.com
Asegurado:	CLINICA LOS ROSALES SA NIT: 8914099810 CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25 PEREIRA Teléfono: 3243702 Email: gerencia@clirosales.com

Póliza y duración:	Póliza nº: 021959811 / 0 Suplemento N°: 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 05/08/2016 hasta las 24:00 horas del 04/08/2017. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
--------------------	--

Intermediario:	Renovable a partir del 04/08/2017 desde las 24:00 horas. SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA Clave: 1063795 CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801 PEREIRA NIT: 900238552 Teléfonos: 3400304 0 E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co
----------------	--

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	361,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	107,00
Grupo	B

Ambito temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

- (a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
- (b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

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

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

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

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1063795	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Prestación de servicios médicos

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a recibir antes del inicio de vigencia la siguiente información, la cual una vez analizada podrá dar lugar a modificaciones:

1. Suministrar formulario diligenciado en su totalidad, firmado y fechado por el asegurado
2. A la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 877305257**

Período: de 05/08/2016 a 04/08/2017
Periodicidad del pago: ANUAL

535

PRIMA	195.000.000,00
IVA	31.200.000,00
IMPORTE TOTAL	226.200.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso:

El Asesor SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Teléfono/s. 3400304, 0

También a través de su e-mail: seguros.asesorias@allianz.com.co

Sucursal: MANIZALES

Urgencias y Asistencia:

Línea de atención al cliente a nivel nacional: 018000513500

En Bogotá: 5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co/enlaceAtencionalcliente

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

CLINICA LOS ROSALES SA

SEGUROS Y ASESORIAS
CIA LTDA

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

536

CONDICIONES
GENERALES

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑÍA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (**PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y/o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares), en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

• **OTRAS EXCLUSIONES**

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
 - Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
 - Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
 - Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante LA COMPAÑIA no estará obligada a expedir dichas cauciones.

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V

Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.



6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la



indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los

efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

20. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a DIEZ (10) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de TREINTA (30) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a

846

corto plazo.

23/07/2015-1301-P-06-RCCH100 V2

547

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

Allianz 

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

NIT: 900238552
CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801
PEREIRA
Tel. 3400304
E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

05-08-2016 01:01:43 0310110022000C052 CE00070 1063795

548

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza N° 022128308 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

27 de Julio de 2017

Tomador de la Póliza

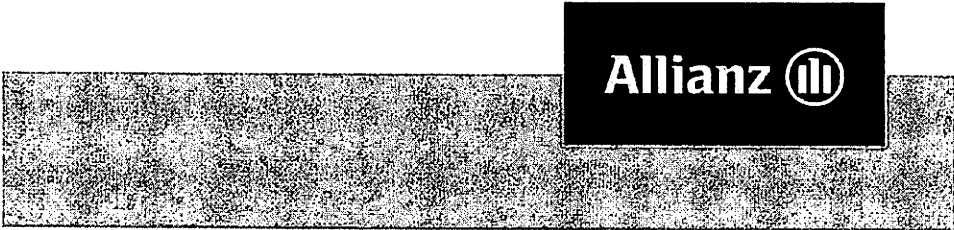
CLINICA LOS ROSALES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.



SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

 Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES..... 11

 Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 11

 Capítulo III - Sinistros.....19

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se ermitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA LOS ROSALES SA NIT: 8914099810 CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25 PEREIRA Teléfono: 3243702 Email: gerencia@clirosales.com
Asegurado:	CLINICA LOS ROSALES SA NIT: 8914099810 CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25 PEREIRA Teléfono: 3243702 Email: gerencia@clirosales.com
Póliza y duración:	Póliza nº: 022128308 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 05/08/2017 hasta las 24:00 horas del 04/08/2018. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Intermediario:	Renovable a partir del 04/08/2018 desde las 24:00 horas. SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA Clave: 1063795 CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801 PEREIRA NIT: 9002385521 Teléfonos: 3400304 0 E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 9 CL 25 25 CRA. 9 NO. 25 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	361,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	107,00
Grupo	B

Ambito temporal

CLAIMS MADE
 Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
 Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
 (a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
 (b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
 El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
 Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
 El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
 El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
 Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10. RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:		
Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1063795	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA	100,00

Clausulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de servicios médicos

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a recibir antes del inicio de vigencia la siguiente información, la cual una vez analizada podrá dar lugar a modificaciones:

1. Suministrar formulario diligenciado en su totalidad, firmado y fechado por el asegurado
2. A la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 882523021**

Período: de 05/08/2017 a 04/08/2018
Periodicidad del pago: ANUAL

SSZ

PRIMA	195.000.000,00
IVA	37.050.000,00
IMPORTE TOTAL	232.050.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso:

El Asesor SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA
Teléfono: +57 3400304-0
También a través de su e-mail: segurosasesorias@allia2.com.co
Sucursal MANIZALES

Urgencias y Asistencia:

Línea de atención al cliente a nivel nacional: 018000518500
En Bogotá: 5941183
Desde su celular al #285
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co en la sección Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

[Handwritten signature]

Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

CLINICA LOS ROSALES SA

SEGUROS Y ASESORIAS
CIA LTDA

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

**CONDICIONES
GENERALES****Capítulo II**
Objeto y Alcance del Seguro.**CONDICIONES GENERALES**

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo, con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL****Amparo**

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (**PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑIA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y/o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑÍA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑÍA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑIA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑIA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
 - Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
 - Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
 - Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
 - Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
 - Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante LA COMPAÑIA no estará obligada a expedir dichas cauciones.

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

- El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

- El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le da para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

- Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los

documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

- 1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
- 2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
- 3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los

datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

- La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros

produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

561

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a DIEZ (10) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de TREINTA (30) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

862

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

NIT: 9002385521
CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801
PEREIRA
Tel. 3400304
E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99
Nit. 860026182 - 5

28-07-2017 01:01:39 03101100220800052 CED0429 1063795

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza N° 022309386 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

03 de Agosto de 2018

Tomador de la Póliza

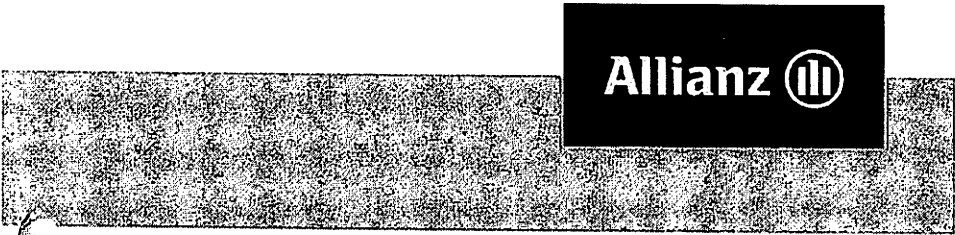
CLINICA LOS ROSALES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.



SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

 Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES..... 11

 Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 11

 Capítulo III - Sinistros.....19

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA LOS ROSALES SA NIT: 8914099810 CR 9 NO. 25 25 PEREIRA Teléfono: 3330380 Email: gerencia@clirosales.com
Asegurado:	CLINICA LOS ROSALES SA NIT: 8914099810 CR 9 NO. 25 25 PEREIRA Teléfono: 3330380 Email: gerencia@clirosales.com
Póliza y duración:	Póliza nº: 022309386 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 05/08/2018 hasta las 24:00 horas del 04/08/2019. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Intermediario:	Renovable a partir del 04/08/2019 desde las 24:00 horas. SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA Clave: 1063795 CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801 PEREIRA NIT: 9002385521 Teléfonos: 3400304 0 E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 9 NO. 25 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ámbito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	77,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	152,00
Grupo	B

Amplitud Temporal:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de AGOSTO 05 DE 2009 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

- (a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
- (b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

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

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

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

Último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10. RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1063795	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Prestación de servicios médicos

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

ACLARACIONES:

Se aclara que La presente póliza cubre al 100% de limite asegurado los perjuicios extrapatrimoniales, Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

POLIZA ANTERIOR 22128308

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 888414375**

Periodo: de 05/08/2018 a 04/08/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

867

PRIMA	195.000.000,00
IVA	37.050.000,00
IMPORTE TOTAL	232.050.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En con quien caso

El Asesor SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Teléfono/33400304-0

También a través de su e-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Sucursal: MANIZALES

Urgencias y Asistencia:

Línea de atención al cliente a nivel nacional: 0180005113500

En Bogotá: 59411133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja visite www.allianz.co en la sección Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

MF

**Representante Legal
Allianz Seguros S.A.**

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

CLINICA LOS ROSALES SA

SEGUROS Y ASESORIAS
CIA LTDA

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

568

CONDICIONES
GENERALES

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑÍA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo, con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑÍA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑÍA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑÍA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
 - Contaminación paulatina
 - Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
 - Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y/o sanciones
- Daños, pérdida o extravío de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑÍA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑÍA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

- diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
 3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
 4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
 5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
 6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
 7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
 8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
 9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
 10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
 11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
 12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
 13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis C.
 14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
 15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
 16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
 17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
 - a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de

- los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑIA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑIA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

actividades normales en relación con:

- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante LA COMPAÑIA no estará obligada a expedir dichas cauciones.

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley, la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta. Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su

responsabilidad como tal.

2. BENEFICIARIO: es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.

3. VIGENCIA: es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del período de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del

riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la

cobertura.

- Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a DIEZ (10) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el

siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de TREINTA (30) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

Allianz 

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

NIT: 9002385521
CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801
PEREIRA
Tel. 3400304
E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

04-08-2018 01:06:08 03101100220K0C052 CE021361063795

578

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza N° 022040260 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

10 de Abril de 2017

Tomador de la Póliza

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA

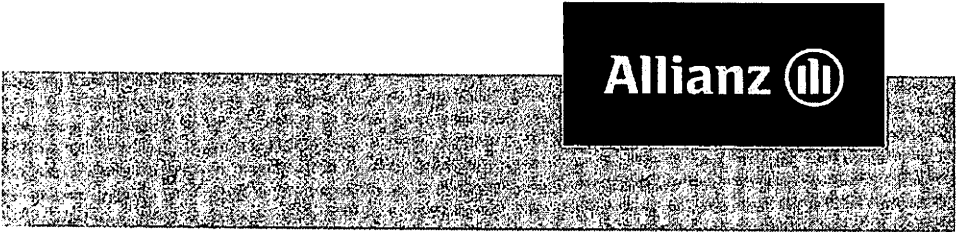
Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente



DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.



SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

 Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES..... 13

 Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

 Capítulo III - Sinistros.....21

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA	NIT: 8914800001
	AVENIDA CIRCUNVALAR 3 - 01	
	PEREIRA	
	Teléfono: 3135600	
	Email: comfarda@comfamiliar.com	
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA	NIT: 8914800001
Asegurado:	AVENIDA CIRCUNVALAR 3 - 01	
	PEREIRA	
	Teléfono: 3135600	
	Email: comfarda@comfamiliar.com	
Póliza y duración:	Póliza nº: 022040260 / 0 Suplemento N°: 1	
	Duración: Desde las 00:00 horas del 31/01/2017 hasta las 24:00 horas del 30/01/2018.	
	A partir de la fecha de efecto de este suplemento las Condiciones de la póliza de seguro quedan sustituidas íntegramente por las presentes condiciones.	
	Importes expresados en PESO COLOMBIANO.	
	Renovable a partir del 30/01/2018 desde las 24:00 horas.	
	DELIMA MARSH SA	
Intermediario:	Clave: 1071308	
	AVENIDA CIRCUNVALAR NO. - 20 OF. 101	
	PEREIRA	
	NIT: 8903015840	
	Teléfonos: 3152400 0	
	E-mail: delima218@allia2.com.co	

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	AVENIDA CIRCUNVALAR 3 - 01

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ámbito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	127,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	343,00
Grupo	B

Ambito temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ENERO 31 DE 2012 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

- (a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
- (b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

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

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

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10. RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
22. Gastos Médicos	50.000.000,00	200.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1075971	CORREDORES DE SEGUROS ASOCIADOS SA	50,00
1071308	DELIMA MARSH SA	50,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Prestación de Servicios Médicos

CLAÚSULAS ADICIONALES:

1. Se deja constancia que la presente póliza ampara los perjuicios extrapatrimoniales causados a terceros.
2. Culpa Grave: Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.
3. Errores e Inexactitudes. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si el tomador incurriere en errores o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el contrato del seguro al cual se adhiere este documento no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del artículo 1058 del código de comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En este caso, se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo. Lo anterior, siempre y cuando esté relacionado con la actividad asegurada.

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una

sentencia ejecutoriada o no.

15% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a:

1. Diligenciamiento formulario Allianz, indicando número de médicos actualizado, la cotización se hizo con 470, los cuales fueron reportados en enero del 2016.

2. Recibir antes del inicio de vigencia reporte de siniestralidad de los últimos cinco (5) años, el cual una vez evaluado podrá dar lugar a modificaciones.

El reporte debe contener la siguiente información por cada siniestro:

Fecha de ocurrencia.

Fecha de aviso.

Descripción de los hechos.

Pagos por honorarios y gastos de defensa.

Pagos por indemnizaciones.

Reservas.

Estado actual.

Probabilidad de condena a favor o en contra.

3. A la contratación del programa de Seguros Generales con Allianz Seguros S.A.

Se aclara que a partir del 10/04/2017 se incluye como asegurado a Positiva Compañía de Seguros S.A. Nit 860011153-6 y extiende el amparo al contrato No 000463 de 2015.

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono: +57 3152400 00
También a través de su e-mail: delima218@allianz.com.co
Sucursal: PEREIRA

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional: 018000513500
En Bogotá: 5941183
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja visite: www.allianz.co/enlaceAtencionalcliente

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



**Representante Legal
Allianz Seguros S.A.**

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

CAJA DE COMPENSACIÓN
FAMILIAR DE RISARALDA

DELIMA MARSH SA

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

**CONDICIONES
GENERALES****Capítulo II**
Objeto y Alcance del Seguro.**CONDICIONES GENERALES**

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo, con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL****Amparo**

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (**PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑÍA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑÍA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑÍA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y/o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑIA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑIA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
 - Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
 - Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante LA COMPAÑIA no estará obligada a expedir dichas cauciones.

GASTOS MEDICOS

Amparo

Se cubren los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO** frente a terceros víctimas de una lesión personal sufrida durante el desarrollo de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo que puedan eventualmente estar cubiertos por esta póliza, así posteriormente se concluya que no estaba comprometida la responsabilidad civil del asegurado; incurridos durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro; para la prestación de primeros auxilios que se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de la lesión personal.

La cobertura brindada por este amparo es de carácter humanitario y de ninguna manera podrá interpretarse como aceptación alguna de responsabilidad por parte de la compañía, ni requiere prueba de responsabilidad civil del asegurado frente a la víctima o víctimas.

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo, y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

Primeros Auxilios: Se entienden por primeros auxilios, los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad destinados a salvar la vida de una persona.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a

concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.

- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
- 2. BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
- 3. VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.



7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la



vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES**Ampliación del plazo para aviso de siniestro**

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 10 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

593

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



DELIMA MARSH SA

NIT: 8903015840
AVENIDA CIRCUNVALAR NO. - 20 OF. 101
PEREIRA
Tel. 3152400
E-mail: delima218@allia2.com.co



Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99
Nit. 860026182 - 5



22-04-2017 01:00:59 03101100220K0C052 CE00070 1071308

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza N° 022040260 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

30 de Enero de 2017

Tomador de la Póliza

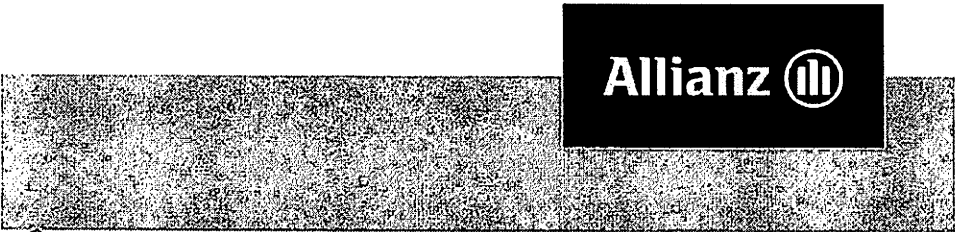
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.



SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

 Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES..... 13

 Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

 Capítulo III - Siniestros.....21

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA	NIT: 8914800001
	AV CRV CL 3 01	
	PEREIRA	
	Teléfono: 3138700	
	Email: notienecorreo@allianz.co	
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA	NIT: 8914800001
	AV CRV CL 3 01	
Asegurado:	PEREIRA	
	Teléfono: 3138700	
	Email: notienecorreo@allianz.co	

Póliza y duración:	Póliza nº: 022040260 / 0
	Duración: Desde las 00:00 horas del 31/01/2017 hasta las 24:00 horas del 30/01/2018.
Importes expresados en PESO COLOMBIANO.	

Intermediario:	Renovable a partir del 30/01/2018 desde las 24:00 horas.
	DELIMA MARSH SA
	Clave: 1071308
	AVENIDA CIRCUNVALAR NO. - 20 OF. 101
	PEREIRA
	NIT: 890301584
	Teléfonos: 3152400 0
	E-mail: delima218@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	AV CRV CL 3 01

Descripción	Valor
-------------	-------

Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	127,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	343,00
Grupo	B

Ambito temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ENERO 31 DE 2012 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

- (a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
- (b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

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

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos

reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	50.000.000,00	200.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1075971	CORREDORES DE SEGUROS ASOCIADOS SA	50,00
1071308	DELIMA MARSH SA	50,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLAÚSULAS ADICIONALES:

1. Se deja constancia que la presente póliza ampara los perjuicios extrapatrimoniales causados a terceros.
2. Culpa Grave: Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.
3. Errores e Inexactitudes. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si el tomador incurriere en errores o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el contrato del seguro al cual se adhiere este documento no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del artículo 1058 del código de comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En este caso, se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo. Lo anterior, siempre y cuando esté relacionado con la actividad asegurada.

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una

sentencia ejecutoriada o no.

15% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a:

1. Diligenciamiento formulario Allianz, indicando número de médicos actualizado, la cotización se hizo con 470, los cuales fueron reportados en enero del 2016.

2. Recibir antes del inicio de vigencia reporte de siniestralidad de los últimos cinco (5) años, el cual una vez evaluado podrá dar lugar a modificaciones.

El reporte debe contener la siguiente información por cada siniestro:

Fecha de ocurrencia.

Fecha de aviso.

Descripción de los hechos.

Pagos por honorarios y gastos de defensa.

Pagos por indemnizaciones.

Reservas.

Estado actual.

Probabilidad de condena a favor o en contra.

3. A la contratación del programa de Seguros Generales con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 880020716

Período: de 31/01/2017 a 30/01/2018

Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	370.000.000,00
IVA	70.300.000,00
IMPORTE TOTAL	440.300.000,00

Servicios para el Asegurado

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH S.A.
Teléfono/s: 315240070
También a través de su e-mail: delima218@allia2.com.co
Sucursal: PEREIRA

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional: 018000513500
En Bogotá: 59411133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite: www.allianz.co/enlace/AtencionAlCliente

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

5919

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

CAJA DE COMPENSACIÓN
FAMILIAR DE RISARALDA

DELIMA MARSH SA

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

CONDICIONES
GENERALES

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

- 1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

- 2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
- 3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (**PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑÍA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑÍA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑIA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

- Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑIA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
 - Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
 - Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
 - Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
 - Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
 - Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
 - Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
 - Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
 - Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
 - Vigilancia de los predios asegurados.
 - Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
 - Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
 - Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
 - Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante LA COMPAÑIA no estará obligada a expedir dichas cauciones.

GASTOS MEDICOS

Amparo

Se cubren los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO** frente a terceros víctimas de una lesión personal sufrida durante el desarrollo de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo que puedan eventualmente estar cubiertos por esta póliza, así posteriormente se concluya que no estaba comprometida la responsabilidad civil del asegurado; incurridos durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro; para la prestación de primeros auxilios que se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de la lesión personal.

La cobertura brindada por este amparo es de carácter humanitario y de ninguna manera podrá interpretarse como aceptación alguna de responsabilidad por parte de la compañía, ni requiere prueba de responsabilidad civil del asegurado frente a la víctima o víctimas.

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo, y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

Primeros Auxilios: Se entienden por primeros auxilios, los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad destinados a salvar la vida de una persona.

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a

concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.

- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

- La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.



7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la



vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

- El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES**Ampliación del plazo para aviso de siniestro**

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 10 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

Allianz 

DELIMA MARSH SA

NIT: 890301584
AVENIDA CIRCUNVALAR NO. - 20 OF. 101
PEREIRA
Tel. 3152400
E-mail: delima218@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

31-01-2017 01:0021 031011002220H0C052 CE00070 1071308