

**G.HERRERA & ASOCIADOS**  
A B O G A D O S



Señor

JUEZ SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA  
E.S.D.

Referencia: MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA DE LUZ MILA SOLIS RAMOS Y OTROS EN CONTRA DEL HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA DE BUENAVENTURA E.S.E. Y OTRO.  
LLAMAMIENTO EN GARANTIA A LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS  
RAD. 2013-00147-00.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor, vecino de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en este acto como Apoderado Especial de LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS, sociedad legalmente constituida, con domicilio principal en Bogotá, como se acredita con el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia y el poder, que anexo, en ejercicio del mandato a mi conferido, dentro del término legal, comedidamente procedo primero a contestar la demanda promovida por la señora LUZ MILA SOLIS RAMOS y OTROS en contra del HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA y en segundo lugar, a contestar el llamamiento en garantía formulado por este último a mi representada, de conformidad con lo que se consigna enseguida:



## CAPITULO I

### CONTESTACION DE LA DEMANDA


#### FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

**Al hecho primero:** No me constan las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada. Consecuentemente, me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

Sin embargo, según la historia clínica del Hospital Luis Ablanque de la Plata, el señor Janer Payán consultó en esa institución, únicamente por dolor cefálico de más o menos 4

  
**G.HERRERA & ASOCIADOS**

A B O G A D O S



días de evolución y no existen registros de que hubiese tenido vómito y mucho menos fiebre. Es más, en tal historia clínica, al examen físico del paciente se registró "hidratado" y "afebril". Además, los registros de tal documento, evidencian que la atención prestada al señor Janer Payán Solís, se ajustó a los más altos estándares de calidad, de acuerdo a los síntomas del paciente y a los resultados de los paraclínicos practicados.

**Al hecho segundo:** No me constan las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada. Consecuentemente, me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso, con la correspondiente historia clínica.

**Al hecho tercero:** No me constan las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada. Consecuentemente, me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso, con la correspondiente historia clínica.

No son hechos las apreciaciones subjetivas de los demandantes aquí consignadas

#### **FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, que además de infundadas, resultan exorbitantes y adicionalmente carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, pues los documentos que ya obran en el expediente acreditan la actuación diligente, oportuna, cuidadosa y perita del Hospital Luís Ablanque de la Plata E.S.E.

La historia clínica del Hospital Luis Ablanque de la Plata, que obra en el expediente, acredita que el señor Janer Payán consultó en esa institución, únicamente por dolor cefálico de más o menos 4 días de evolución y no existen registros de que hubiese tenido vómito y mucho menos fiebre. Es más, en tal historia clínica, al examen físico del paciente se registró "hidratado" y "afebril". Luego el paciente presentó vómito, por lo que se le tomaron los paraclínicos que de acuerdo al nivel de esa institución podían realizarse y ante la normalidad de los resultados, se le dio de alta.

Luego es claro que en este caso, en el que el señor Janer Payán sólo consulto en el Hospital convocante por cefalea y durante la consulta presento 1 episodio de emesis (vómito), sin ningún síntoma o signo adicional y los resultados de los paraclínicos fueron normales, tal cuadro no era sugestivo de la presencia de meningitis.

NO SELLADO  
RUBRICADO  
11621173

**G.HERRERA & ASOCIADOS**  
A B O G A D O S

000166

NOTARIA 5 DE CALI  
FOLIO SELLADO  
Y RUBRICADO  
11621173

Consecuentemente, ni siquiera si se demostrara que el señor Janer Payán falleció como consecuencia de una meningitis, podría endilgarse al hospital convocante responsabilidad alguna, como quiera que ese ente, actuó de manera diligente, oportuna y perita, de acuerdo con su nivel de complejidad, los síntomas del paciente y los resultados de los exámenes que le practicaron.

Lo expuesto revela que el ente convocante y el personal a su servicio cumplieron cabalmente con sus obligaciones de medio, no incurrieron en falla, error u omisión de ningún tipo y satisficieron plenamente su deber profesional. Luego resultan estériles las temerarias pretensiones que la parte actora esgrime en contra del Hospital Luis Ablanque de la Plata de Buenaventura, ante la falta de vínculo jurídico o de responsabilidad que comprometa a dicho ente por el lamentable fallecimiento del recién nacido.

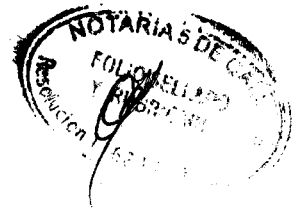
Sin perjuicio de lo expuesto, debe señalarse que la parte actora no solo reclama exorbitantes indemnizaciones por perjuicios de orden extrapatrimonial, que de llegar a acreditarse de ninguna forma son atribuibles al ente convocante, sino que además pretende una millonaria suma por perjuicios materiales, en la modalidad de lucro cesante, pese a que no existe prueba de que el fallecido percibiera algún ingreso, ni de que él contribuyera económicamente con la manutención de su progenitora.

En tal virtud, respetuosamente solicito denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda.

#### **EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE A LA DEMANDA**

- **EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULO EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA A MI PROCURADA.**

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por el HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA E.S.E, mismas que coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada y en ese mismo sentido y tenor las que propongo a continuación:



- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA E.S.E.**

La presente excepción se fundamenta precisamente en que no se cumplen los requisitos para que surja o se estructure la responsabilidad que pretende endilgarse al ente convocante, toda vez que esa clase de vínculo jurídico sólo se presenta si se reúnen los elementos esenciales para el efecto y aquí brilla su ausencia total, particularmente la del daño antijurídico que debe ser ocasionado por un hecho o acto realizado con culpa del Hospital Municipal Luís Ablanque de la Plata y además que entre éste y aquel exista relación de causalidad directa.

Sin embargo en este caso encontramos que según la historia clínica del Hospital Luis Ablanque de la Plata, que obra en el expediente, que el señor Janer Payán consultó en esa institución, únicamente por dolor cefálico de más o menos 4 días de evolución y no existen registros de que hubiese tenido vómito y mucho menos fiebre. Es más, en tal historia clínica, al examen físico del paciente se registró "hidratado" y "afebril". Luego el paciente presentó vómito, por lo que se le tomaron los paraclínicos que de acuerdo al nivel de esa institución podían realizarse y ante la normalidad de los resultados, se le dio de alta. Luego es claro que el motivo que originó la consulta a dicho ente, no era ni siquiera mínimamente sugestivo de la supuesta meningitis, que según los actores le ocasionó la muerte al señor Payán.

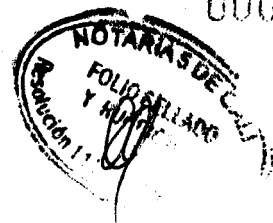
Consecuentemente, ni siquiera si se demostrara que el señor Janer Payán falleció como consecuencia de una meningitis, podría endilgarse al hospital convocante responsabilidad alguna, como quiera que ese ente, actuó de manera diligente, oportuna y perita, de acuerdo con su nivel de complejidad, los síntomas del paciente y los resultados de los exámenes que le practicaron.

La meningitis se caracteriza por comienzo repentino de fiebre, cefalea intensa, náuseas y a menudo vómito, rigidez de la nuca y frecuentemente erupción petequeial con máculas rosadas o, en raras ocasiones, vesículas. A menudo surgen delirio y coma; a veces se producen casos fulminantes con postración súbita, equimosis y choque desde el comienzo.



**G. HERRERA & ASOCIADOS**  
A B O G A D O S

000168



Luego es claro que en este caso, en el que el señor Janer Payán sólo consulto en el Hospital convocante por cefalea y durante la consulta presento 1 episodio de emesis (vómito), sin ningún síntoma o signo adicional y los resultados de los paraclínicos fueron normales, tal cuadro no era sugestivo de la presencia de meningitis y por lo tanto es inexistente la responsabilidad que pretende endilgarse al Hospital Municipal Luis Ablanque de la Plata, dado que para la atención del señor Payán, el ente convocante y el personal a su servicio, dieron cabal cumplimiento a los protocolos.

En un caso como el que nos ocupa, las obligaciones contraídas son de medios y por ende no puede presumirse la culpa, cuya prueba compete a la parte actora; luego no puede atribuirse ningún tipo de responsabilidad al ente convocante por los perjuicios alegados por la parte actora que, de probarse, acaecieron por causas ajenas a la prestación de los servicios médicos y asistenciales en el Hospital que convocó a mi representada al proceso.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

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

Esta excepción enerva las pretensiones en cuanto ellas se erigieron pese a la carencia absoluta de medios de prueba de la producción, naturaleza y por su puesto de la cuantía del supuesto detrimento alegado y éste no es susceptible de presunción alguna, pues requiere de su fehaciente demostración para poder ser considerado, luego la falta de certidumbre sobre el mismo se traduce en un obstáculo insalvable para su reconocimiento.

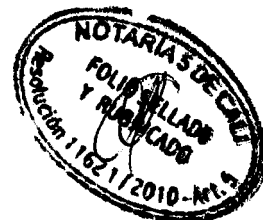
La parte actora no solo reclama exorbitantes indemnizaciones por perjuicios de orden extrapatrimonial, que de llegar a acreditarse de ninguna forma son atribuibles al ente convocante, sino que además pretende una millonaria suma por perjuicios materiales, en la modalidad de lucro cesante, pese a que no existe prueba de que el fallecido percibiera algún ingreso, ni de que él contribuyera económicamente con la manutención de su progenitora.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA**





**G.HERRERA & ASOCIADOS**  
A B O G A D O S



Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

#### • GENÉRICA O INNOMINADA

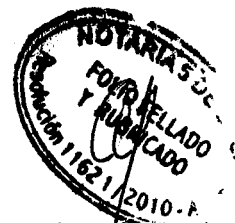
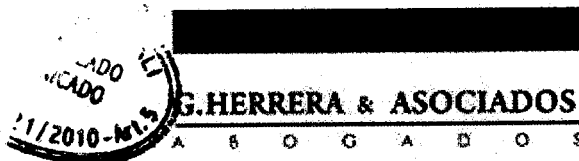
Solicito al H. Juez declarar probada cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo del Hospital Municipal Luís Ablanque de la Plata o de mi procurada y que pueda configurar otra causal que las exima de toda obligación indemnizatoria.

#### OBJECION A LA ESTIMACION DE LA CUANTIA

Aunque de conformidad con lo dispuesto en el Art. 206 del C.G.P., los perjuicios extrapatrimoniales no son objeto de juramento estimatorio y técnicamente no procedería objetar la estimación de su cuantía, de todas formas presento objeción a la misma, como quiera los actores pretenden millonarias indemnizaciones por perjuicios extrapatrimoniales, de los que no solo no existe prueba alguna en el expediente, sino que de llegar a acreditarse, de ninguna manera serían atribuibles al Hospital convocante.

También objeto la estimación de su cuantía del lucro cesante reclamado, como quiera que ni siquiera existe prueba en el expediente de que el fallecido percibiera algún ingreso y mucho menos de que él contribuyera económicamente con la manutención de su progenitora ni de que con certeza lo fuera a hacer.

En relación con el reconocimiento del lucro cesante a favor de los padres, la jurisprudencia ha dicho que en tratándose de la muerte de un hijo no hay lugar a reconocer el lucro cesante pues si este llegara a obtener algún ingreso no existe certeza sobre si él destinaría algún dinero al sostenimiento de sus padres y no, por ejemplo, que todos los ingresos los dedique al sostenimiento propio o a la formación de un nuevo hogar.



Consecuentemente están llamadas al fracaso las pretensiones que esgrime la parte actora pues a la inexistencia de responsabilidad se suma la infundada estimación de la cuantía de su hipotético perjuicio.

En tal virtud, respetuosamente solicito al señor Juez, dar aplicación a lo dispuesto en el Ar. 206 del C.G.P.

## CAPITULO II CONTESTACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

### FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

**Al hecho primero:** Es cierto.

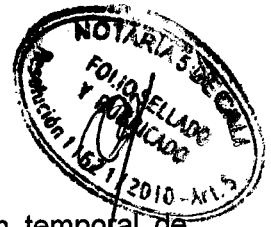
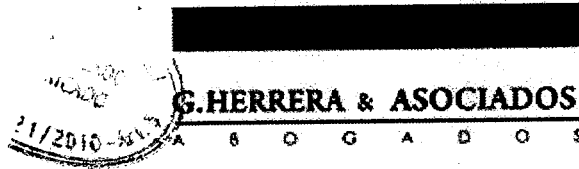
Sin embargo resulta importante destacar que la Póliza 1001669, vigente del 26 de mayo de 2010 al 26 de mayo de 2011, opera bajo la modalidad claims made, es decir por reclamación, y con estricta sujeción a las condiciones particulares y generales de la misma.

Según las condiciones generales del referido contrato de seguro, mediante la referida póliza se ampara "...LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO FRENTE A TERCEROS, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).". (Sublínea ajena al texto)

**Al hecho 2:** Es parcialmente cierto sólo en cuanto tiene que ver con que los hechos que se le reclaman al Hospital Luis Ablanque de la Plata de Buenaventura ocurrieron el 18 de febrero de 2011 y con que el Certificado de Seguro utilizado como fundamento del llamamiento en garantía estaba vigente para esa fecha.

No es cierto que el contrato de seguro utilizado como fundamento de la convocatoria cubra el hecho ahora reclamado al ente convocante. Si bien el hecho que aquí se debate ocurrió durante la vigencia de la póliza, ésta, como se señaló frente al hecho precedente,





opera bajo la modalidad claims made, es decir que tiene una limitación temporal de cobertura que debe ser tomada en cuenta al momento de decidir sobre la relación sustancial que sirvió de base al llamamiento en garantía, pues la misma cubre, con sujeción a las condiciones de la póliza, eventos reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza, pero en este caso, encontramos que si bien el supuesto hecho por el que la parte actora pretende ser indemnizada ocurrió durante la vigencia del contrato de seguro, éste fue reclamado extrajudicialmente al Hospital Municipal Luis Ablanque de la Plata el 21 de enero de 2013, cuando se le citó a la Audiencia de conciliación prejudicial, que finalmente se celebró el 20 de febrero de 2013 en la Procuraduría 219 Judicial I Administrativa de Buenaventura; consecuentemente, en este caso concreto, el Certificado de Seguro esgrimido como fundamento del llamamiento en garantía no cubre los hechos objeto de la demanda, pues el reclamo no se formuló durante la vigencia del mismo.

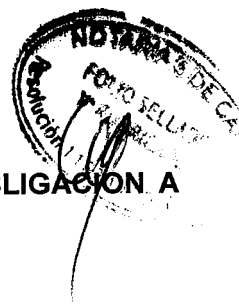
**Al hecho 3:** No es un hecho, si no una temeraria pretensión del ente convocante.

### **FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

Al momento de resolver lo concerniente a la relación sustancial que sirve de base a la convocatoria que se hizo a mi procurada, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, como Llamada en Garantía, por parte del HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA E.S.E., ruego tener en cuenta, pese a la ausencia de responsabilidad de dicha entidad y de mi procurada en torno a los hechos en que se basa la demanda, que en el remoto evento de que prosperaren una o algunas de las pretensiones del libelo de la parte actora, en gracia de discusión y sin que esta observación constituya aceptación de responsabilidad alguna, mi representada se opone a la prosperidad de las pretensiones del Llamamiento en garantía en la medida en que excedan los límites y coberturas acordadas, y/o desconozcan las condiciones particulares y generales de la Póliza y la disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si exceden el ámbito del amparo otorgado o no se demuestra la realización del riesgo asegurado o se comprueba una causa de exclusión.

### **EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

Como excepciones perentorias propongo las siguientes:



• **INEXISTENCIA DE COBERTURA Y CONSECUENTEMENTE, DE OBLIGACIÓN A CARGO DE MI REPRESENTADA**

Esta excepción se sustenta en que mi representada sólo está obligada a responder por el siniestro, al tenor de las obligaciones expresamente estipuladas en la póliza, luego no puede entenderse comprometido al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados por el tomador.

Como quiera que la responsabilidad de la compañía de seguros está delimitada estrictamente por el amparo que otorgó al ente convocante, como lo confirma el examen del texto del contrato de seguro, que enmarca las obligaciones que contrajo, se concluye que aun en el remoto evento de que se comprobara que se estructuró la responsabilidad que pretende endilgarse al Hospital Luis Ablanque de la Plata de Buenaventura, que no es así, la póliza de seguro utilizada como fundamento de la convocatoria no ofrece cobertura en este caso, pues en ella se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en el Art. 4º de la Ley 389 de 1997 que preceptúa que *"En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación."* Fue así como en este caso, las partes concertaron y determinaron el ámbito de la cobertura de la Póliza No. 1001669, vigente del 26 de mayo de 2010 al 26 de mayo de 2011, en los siguientes términos:

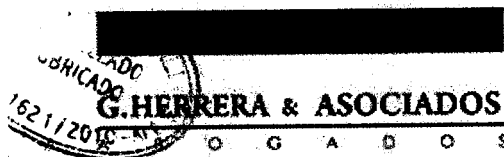
**"CONDICIÓN PRIMERA**

**AMPAROS**

**AMPAROS CUBIERTOS**

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

**1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:**



a) **PREVISORA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).**

(...)

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

a) **QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.**

b) **QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.**

c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO." (Negrilla y sublínea ajenas al texto)

De conformidad con el texto transcrito, la cobertura otorgada por mi representada tiene una limitación de cobertura, que debe ser tomada en cuenta al momento de decidir sobre la relación sustancial que sirvió de base al llamamiento en garantía, pues la misma cubre, con sujeción a las condiciones de la póliza, eventos reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza, pero en este caso, encontramos que si bien el supuesto hecho por el que la parte actora pretende ser indemnizada ocurrió durante la vigencia del contrato de seguro esgrimido como fundamento de la convocatoria, éste fue reclamado extrajudicialmente al Hospital Municipal Luis Ablanque de la Plata el 21 de



2010-A-0000000000  
**G. HERRERA & ASOCIADOS**  
 A B O G A D O S



enero de 2013, cuando se le citó a la Audiencia de conciliación prejudicial, que finalmente se celebró el 20 de febrero de 2013 en la Procuraduría 219 Judicial I Administrativa de Buenaventura; consecuentemente, en este caso concreto, el Certificado de Seguro esgrimido como fundamento del llamamiento en garantía no cubre los hechos objeto de la demanda, como quiera que convencionalmente se adoptó el sistema de delimitación indicado en el contenido de la cláusula arriba transcrita y con ese alcance, necesariamente se concluye que los hechos objeto de la demanda no están cubiertos por el contrato de seguro esgrimido como fundamento de la convocatoria.

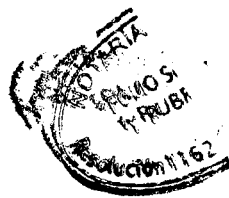
De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

• **LIMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD, CONDICIONES DEL SEGURO Y DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.**

Sin perjuicio de lo expuesto en la precedente, en gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de obligación alguna a cargo de la aseguradora, se formula esta excepción con fundamento en que en las condiciones generales del contrato de seguro se estableció que la responsabilidad de la Compañía por todo concepto no excederá del valor indicado en la carátula de cada póliza para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma y que se entenderá como una sola pérdida o evento la suma total de pérdidas o reclamaciones que se ocasionen por la ejecución reiterada del mismo acto por la misma o mismas personas.

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 estará limitada a la suma asegurada, por evento o por vigencia, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del C.Co. Es decir que el límite agregado anual del valor asegurado por vigencia se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas.

De acuerdo con lo estipulado en el contrato de seguro, la suma indicada en la carátula de cada póliza o por anexo como límite asegurado, es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros reclamados durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de la compañía puede exceder ese límite durante la vigencia, aunque



**G. HERRERA & ASOCIADOS**  
A B O G A D O S



durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros. La suma indicada en la carátula de la póliza como límite por evento es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro. Igualmente en la póliza se establecieron algunos sublímites para algunos amparos otorgados, como es el caso del daño extrapatrimonial, incluyendo el moral, que está sublimitado a la suma de \$10.000.000.00 por evento y \$50.000.000.00 por vigencia (en el agregado anual), es decir que serían esos los límites máximos de obligación indemnizatoria de la aseguradora, originada por daños extrapatrimoniales, por vigencia y por evento.

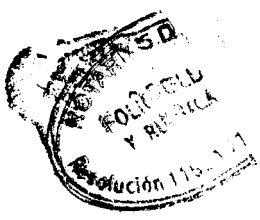
De otra parte es claro que el límite asegurado en la póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de la compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el periodo de vigencia del seguro, no excederá en total el límite agregado anual.

En efecto, la responsabilidad de la Compañía por todo concepto, no excederá del valor indicado en la carátula de la póliza para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la póliza y que se entenderá como una sola pérdida o evento la suma total de pérdidas o reclamaciones que se ocasionen por la ejecución reiterada del mismo acto por la misma o mismas personas y el pago de la indemnización de un siniestro por parte de la Compañía liberan a ésta de cualquier responsabilidad futura que se derive de dicho siniestro.

En virtud de lo expuesto, y para efectos de la decisión que ese Despacho debe tomar en relación con las peticiones que se concretan en el llamamiento en garantía, me reservo el derecho de informar cualquier otra demanda o reclamación que se llegare a presentar en virtud del contrato de seguros suscrito, así como de los desembolsos que con cargo a la póliza, realice mi representada por concepto de indemnización.

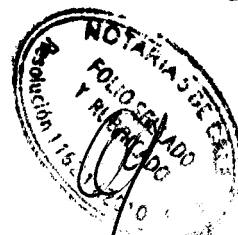
Adicionalmente, en este punto es importante destacar, para una clara comprensión del asunto, que las diversas pólizas que expide la compañía están estrictamente sujetas a las coberturas, amparos, condiciones que regulan su extensión y alcance, los causales de exoneración, límites asegurados, deducibles pactados, etc. de tal suerte que cualquier pronunciamiento debe sujetarse a tales condiciones contractuales.

En aras de la claridad, se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumpla la condición pactada de la que pende para su





**G. HERRERA & ASOCIADOS**  
A B O G A D O S



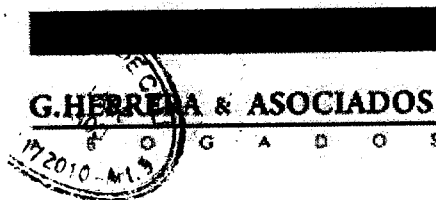
surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de la póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc.. Al respecto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada, los valores asegurados para cada uno de los amparos, etc..

En cuanto al deducible pactado debe tenerse en cuenta que corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado y que en este caso se pactó en el 10% del valor de la pérdida, con un mínimo de \$3.750.000.00.

Recapitulando, tenemos entonces que necesariamente las obligaciones contraídas por la compañía son exclusivamente las expresadas en el texto de la respectiva póliza, mediante las diversas cláusulas en las que se estipularon los límites, amparos, valor asegurado, deducibles, exclusiones y demás convenciones.

Por lo tanto en la identificación de las contraprestaciones pactadas en el contrato de seguro, ruego tener en consideración todas y cada una de sus condiciones y entre ellas, el ámbito del amparo otorgado, que obviamente no comprende un evento como el que nos ocupa, ni la responsabilidad que la parte actora le endilga al ente convocante, por cuanto la cobertura, no comprende la indemnización de perjuicios por hechos que no son imputables al Hospital Municipal Luís Ablanque de la Plata E.S.E. o que no le fueron reclamados durante la vigencia de la póliza y por lo tanto ni los hechos que dieron lugar a esta demanda ni los perjuicios alegados por la parte actora, constituyen la condición de la que pende la obligación de indemnizar del asegurador, que obviamente no nació.

La improbable obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal. Esto significa que la responsabilidad se podrá predicar sólo cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada, en esa hipótesis, se limita a la suma asegurada, sin perjuicio del deducible que está a cargo del asegurado, siendo este el tope máximo exigible.



Debe reiterarse que en las condiciones generales e la póliza se definió el amparo de responsabilidad civil profesional médica, en los siguientes términos:

*"AMPAROS*

*AMPAROS CUBIERTOS*

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

*1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA*

- a) *PREVISORA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTA DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS). ..."* (Sublínea ajena al texto)

De otra parte, no sobra mencionar que en las condiciones generales y particulares de la póliza que recogen el Contrato de Seguro, se contemplan algunas exclusiones de amparo que de presentarse relevan completamente a la Compañía Aseguradora de la obligación de pagar cualquier indemnización y que pido tomar en cuenta al momento de dictar sentencia. Consecuentemente, si se comprueba que no se realizó el riesgo asegurado, o que no existía amparo para el evento o que se configuró alguna causal de inoperancia de la póliza o de exclusión del amparo, el juzgador debe exonerar a mi representada de toda obligación.

De conformidad con todo lo expuesto en el presente acápite, solicito que si se llegare a hacer efectivo el llamamiento en garantía se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones de la respectiva póliza.

**G. HERRERA & ASOCIADOS**

A B O G A D O S



- **INEXISTENCIA DE COBERTURA PARA PERJUICIOS POR LUCRO CESANTE, POR CUENTA DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

Se formula esta excepción, en aras de la defensa de los intereses de mi representada y sin que implique reconocimiento de responsabilidad alguna a su cargo, en virtud de que el lucro cesante no es exigible a la aseguradora con base en la póliza que nos ocupa, por cuanto en armonía con el Artículo 1088 del C. de Co., que consagra que "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 acuerdo expreso." Por ende como en el contrato de seguro referido en este proceso no se pacto el amparo para el lucro cesante, tal riesgo es ajeno a su cobertura.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **LAS EXCLUSIONES DE AMPARO**

El hecho de haber pactado en la póliza de seguro, concretamente en las condiciones generales algunas exclusiones de amparo, debe ser considerado al pronunciar sentencia, pues de presentarse o configurarse una de ellas se releva a la compañía de la obligación de pagar cualquier tipo de indemnización.

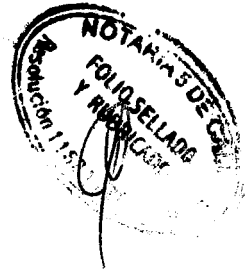
Entre las exclusiones pactadas en la Condición Primera, Numeral 2, Exclusiones absolutas, de las condiciones generales de las dos pólizas utilizadas como fundamento del llamamiento en garantía, se encuentran excluidas de cobertura las reclamaciones o indemnizaciones que el asegurado tenga que pagar por daños materiales y/o lesiones corporales que sean consecuencia directa o indirecta de:

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

Consecuentemente, si se configura cualquiera de las causales de exclusión debe exonerarse a la aseguradora que represento, de toda obligación indemnizatoria.



**G. HERRERA & ASOCIADOS**  
A B O G A D O S



Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA Y OTRAS.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso ya sea frente a la demanda o incluso ante el llamamiento en garantía, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

### **PRUEBAS**

Comendidamente solicito se decreten las siguientes:

- **DOCUMENTALES**

Solicito se tengan como tales las que relaciono a continuación, que anexo a este escrito:

1. Original del poder que me faculta para actuar.
2. Original del certificado de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
3. Copia de la Póliza de Seguro No. 1001669, vigente del 26 de mayo de 2010 al 26 de mayo de 2011, tomada por el Hospital Municipal Luis Ablanque de la Plata E.S.E. (carátula, anexos y condicionado).

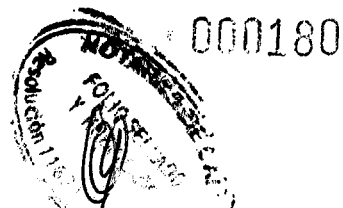
- **TESTIMONIAL**

Respetuosamente solicito al despacho decretar el testimonio de la persona que a continuación se relaciona, mayor de edad, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos del llamamiento en garantía, su contestación y puntualmente, sobre lo que le conste con relación al contrato de seguro utilizado como fundamento del llamamiento en garantía formulado a mi representada en este proceso:

- La Doctora GILIANA CANDELO CABEZAS, quien podrá citarse en la Calle 8 No. 2 A – 01, Oficina 302, en Buenaventura, para que declare sobre los hechos en que se sustentan las excepciones propuestas, sobre la cobertura otorgada mediante el

**G. HERRERA & ASOCIADOS**

A B O G A D O S



contrato de seguro esgrimido como fundamento de la convocatoria y sobre la disponibilidad de la suma asegurada.

### NOTIFICACIONES

A mi procurada, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS en la Calle 10 No. 4-47, Piso 8, de Cali. Dirección electrónica: [notificacionesjudiciales@previsora.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@previsora.gov.co)

Al suscrito en la Av. 6 A Bis No. 35 N-100, Oficina 212, Centro Empresarial Chipichape, en la ciudad de Cali. Dirección electrónica: [gherrera@gha.com.co](mailto:gherrera@gha.com.co)

Del H. Juez, Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

C. C. N° 19.395.114 de Bogotá

T. P. N° 39116 del C. S. de la J.

26 AGO. 2014

República de Colombia	notaría <b>5</b> de Cali
GLORIA MARINA RESTREPO CAMPO	
El anterior	<u>Dto</u>
Dirigido a:	<u>                    </u>
Fue presentado personalmente por:	<u>Alberto Henao</u>
T.P. <u>39116</u>	Quien se identificó con la C.C. No. <u>19390117</u>
Expedida en <u>                    </u>	
Ante la Notaría Quinta del Circuito de Cali.	



VJ-SR

Señores.

**JUZGADO 02 ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA**

**E.**

**S.**

**D.**

Referencia:	Reparación Directa.
Demandante:	Luz Mila Solis Ramos
Demandado:	Hospital Departamental de Buenaventura
Radicado:	2013-0147

**CLAUDIA SUSANA ARCE VICTORIA**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 31.168.540 de Palmira, mayor de edad y vecina de Bogotá DC, actuando en mi calidad de representante legal LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, sociedad de economía mixta del orden nacional, sometida al régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio en Bogotá D.C., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C.S. de la J., para que en el proceso de la referencia, se notifique y actúe como apoderado judicial de la Compañía.

Solicito reconocer personería al mandatario para los fines de la gestión encomendada en los términos del Artículo 70 de Código de Procedimiento Civil, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de transigir, desistir y la de solicitar caución judicial están sujetas a la autorización previa de la Presidencia o la Vicepresidencia Jurídica, la facultad de conciliar a la decisión que adopte el Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Compañía.

Atentamente

**CLAUDIA SUSANA ARCE VICTORIA**  
C.C. 31.168.540 de Palmira  
Representante Legal Previsora S.A

Acepto

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

Proyecto: NMG  
13-08-2014



**PRESENTACION PERSONAL**

**PATRICIA TELLEZ LOMBANA**  
**NOTARIA 72 DE BOGOTÁ D.C.**

Notaria  
**72**

El anterior escrito fue presentado ante  
LA NOTARIA SETENTA Y DOS DEL  
CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

Personalmente por:

**ARCE VICTORIA CLAUDIA SUSANA**

quien exhibió: C.C. 31168540

expedida en:

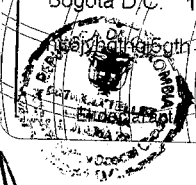
Tarjeta Profesional No.

del C.S.J.

Bogotá D.C. 14/08/2014



JUN



*[Handwritten signature]*



*[Large handwritten signature]*



Certificado No. SC 4264-1



Certificado No. GP146-1



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5426012289491538

Generado el 01 de agosto de 2014 a las 09:42:47

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

**EL SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 6o. del art.11.2.1.4.57 del decreto 2555 del 15 de julio de 2010, en concordancia con el art.1o. de la Resolución 1765 del 06 de septiembre de 2010, emanada de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CERTIFICA :**

**RAZÓN SOCIAL: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999). Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 2146 del 06 de agosto de 1954 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, , sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999).

Escritura Pública No 0144 del 01 de febrero de 1999 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Adicionada por Escritura Pública 373 del 2 de marzo de 1999, de la Notaría 10ª de Santafé de Bogotá D.C., se protocolizó el acuerdo de fusión, mediante el cual LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS absorbe a SEGUROS TEQUENDAMA S.A., quedando esta última disuelta sin liquidarse.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 514 del 26 de agosto de 1954

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La Sociedad tendrá un Presidente agente directo del Presidente de la República, de su libre nombramiento y remoción y representante legal de la sociedad. **FACULTADES Y ATRIBUCIONES:** Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía: Dirigir, coordinar, vigilar y controlar la ejecución de los programas y propósitos de la organización y establecer las funciones del personal al servicio de la Compañía. - Actuar como ordenador del gasto, suscribiendo todos los actos y contratos, que para tales fines deban celebrarse conforme a las disposiciones pertinentes y a los presentes estatutos. - Representar a la Sociedad para los efectos a que haya lugar. - Dictar el reglamento interno de la Compañía y contratar de acuerdo con las leyes laborales a los trabajadores de la misma, cuyo nombramiento no corresponda a la Asamblea General de Accionistas o a la Junta Directiva, así como también removerlos y conceder todas las licencias a que hubiere lugar. - Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a sesiones extraordinarias cuando lo juzgue conveniente. - Presentar a la Asamblea General en sus sesiones ordinarias, un informe detallado sobre la marcha de los negocios sociales. - Presentar a la Junta Directiva los balances mensuales. - Mantener a la Junta Directiva permanente y detalladamente enterada de todos los negocios y suministrar todos los datos e informes que esta le solicite. - Constituir mandatarios que representen a la Compañía en los asuntos judiciales o extrajudiciales a que haya lugar. - Velar por que el personal de la Compañía cumpla oportunamente con los deberes a su cargo y vigilar continuamente el funcionamiento de la Empresa. - Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. - Ejercer las funciones que le delegue la Junta Directiva y las que le confieren los estatutos y las leyes, así como también aquellas que le competen por la naturaleza de su investidura. - Delegar alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los funcionarios que estime conveniente. - Rendir cuentas comprobadas de su gestión, dentro del mes siguiente a la fecha en la cual se retire del cargo y cuando se lo exija la Asamblea General de Accionistas. - Para tal efecto, presentará los estados financieros que fueren pertinentes, junto con un informe de gestión. (Escritura Pública 0431 del 05 marzo 2004 Not. 22 de Bogotá D.C.). La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Estos funcionarios tendrán en el ejercicio de sus



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5426012289491538

Generado el 01 de agosto de 2014 a las 09:42:47

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

funciones la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. La sociedad tendrá un Secretario General designado por la Junta Directiva a cuyo cargo estará la función de actuar como secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva de la compañía. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. (Escritura Pública 2157 del 14 de octubre de 2004 Notaria 22 de Bogotá D.C.). Que además de la Presidencia, La Previsora S.A. Compañía de Seguros cuenta con los siguientes órganos de administración: cinco (5) Vicepresidencias a saber: Comercial, Técnica, Jurídica y de Indemnizaciones, de Operaciones y Tecnología y Administrativa y Financiera (Escritura Pública 1178 del 08 de agosto de 2011 Notaria 22 de Bogotá).

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
José Alejandro Samper Carreño Fecha de inicio del cargo: 02/09/2011	CC - 79151983	Presidente
Juan Camilo Bueno Delgadillo Fecha de inicio del cargo: 20/01/2014	CC - 79324711	Vicepresidente Comercial
Claudia Susana Arce Victoria Fecha de inicio del cargo: 17/05/2007	CC - 31168540	Secretario General
Manuel Guillermo Caro Álvarez Fecha de inicio del cargo: 10/04/2014	CC - 79390791	Vicepresidente Técnico
Juan Carlos Isaza Correa Fecha de inicio del cargo: 08/09/2010	CC - 79406809	Vicepresidente Administrativo y Financiero
Carolina Isabel Cabrera Lemus Fecha de inicio del cargo: 20/08/2010	CC - 51984224	Vicepresidente de Operaciones y Tecnología
Paula Marcela Moreno Moya Fecha de inicio del cargo: 28/02/2014	CC - 52051695	Vicepresidente Jurídica e Indemnizaciones

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Agrícola, automóviles, aviación, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, pensiones, salud, y vida grupo.

Resolución S.B. No 665 del 01 de julio de 1997 desempleo

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.F.C. No 1457 del 30 de agosto de 2011 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. compañía de Seguros para operar los ramos de Seguro Colectivo de Vida y Salud



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

000183

Certificado Generado con el Pin No: 5426012289491538

Generado el 01 de agosto de 2014 a las 09:42:47

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



**CARLOS IGNACIO BOLAÑOS DOMÍNGUEZ  
SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

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

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA N°

1001669

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS  
NIT. 860.002.400-2

000184

PREVISORA

SEGUROS

## 13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 26 MES 5 AÑO 2010			CERTIFICADO DE EXPEDICION			N° CERTIFICADO 0			CIA. PÓLIZA LIDER N°			CERTIFICADO LIDER N°			A.P. NO						
TOMADOR 1547249-HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA E.S.E.												NIT 835.000.972-3									
DIRECCIÓN CALLE 47 # 2-08 B/BELLAVISTA, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA												TELÉFONO 2432404									
ASEGURADO 1547249-HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA E.S.E.												NIT 835.000.972-3									
DIRECCIÓN CALLE 47 # 2-08 B/BELLAVISTA, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA												TELÉFONO 2432404									
EMITIDO EN BUENAVENTURA						CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE AÑO A LAS				HASTA AÑO A LAS		NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos						2701		27		26 5 2010			26 5 2010 00:00				26 5 2011 00:00		365		
TIPO CAMBIO 1.00						FORMA DE PAGO 9. PAGO A LOS 60 DIA														VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 300,000,000.00	

CARGAR A: HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA

Riesgo: 1 -  
CARRERA 47 # 2-08, BUENAVENTURA, VALLE DEL CAUCA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	300,000,000.00	SI	8,268,413.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 3,750,000.00	\$	POR EVENTO
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	300,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	300,000,000.00	NO	0.00
3	** GASTOS PARA LA DEFENSA PENAL	300,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	300,000,000.00	NO	0.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	300,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS JUDICIALES			
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	10,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 SMLLV	NINGUNO	0.00
7	GASTOS MEDICOS			
	LIMITE AGREGADO ANUAL	30,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	6,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	50,000,000.00	NO	0.00

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social  
TERCEROS AFECTADOSDocumento  
RC 000Porcentaje Tipo Benef  
100.000 % NO APLICA

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

Texto Continua en Hojas de Anexos...

A MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. (ARTÍCULOS 81 Y 82 DE LA LEY 45/90 Y ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO).

EL PAGO TARDIO DE LA PRIMA NO REHABILITA EL CONTRATO. EN ESTE CASO LA COMPAÑIA SOLO SE OBLIGA A DEVOLVER LA PARTE NO DEVENGADA DE LA PRIMA EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$*****8,268,413.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***1,322,946.08
AJUSTE AL PESO	\$*****-0.08
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$***9,591,359.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGUN RESOLUCIÓN No. 7029 DEL 22-11-96  
EXENTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO 2126/83 ARTÍCULO 21

26/05/2010 09:52:15

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN			INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPANIA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				2137	1	GLORIA INES RODRIGUEZ	15.00 1,240,261.95

OFICINA PRINCIPAL : CALLE 57 No. 9-07 PBX: 3 485757 A.A. 52946, 41267 FAX: 3 434140 LLAME GRATIS LÍNEA 018000-9-10554 BOGOTÁ D.C. COLOMBIA  
- COPIA -

SISE-U-001-2



HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No. 1001669 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

**PREVISORA**  
SEGUROS

CERTIFICADO DE: **EXPEDICION**

0

Asegurado: HOSPITAL MUNICIPAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA

Limite total valor asegurado

Basico \$300,000,000

Sublimite para gastos judiciales de \$10.000.000 por evento y \$50.000.000 por vigencia.

Sublimite para gastos médicos de \$6.000.000 por evento y \$30.000.000 por vigencia.

Daños morales sublimitado a \$10.000.000 evento \$50.000.000 vigencia

Objeto

Ampara la responsabilidad civil profesional médica derivada de la prestación del Servicio de salud. Cubriendo los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados a pacientes o terceras personas con ocasión de responsabilidad civil contractual y extracontractual, causados por el asegurado que provengan de acciones u omisiones de sus dependientes empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, en la realización de actos médicos y/o paramédicos dentro de los predios de la institución asegurada.

Deducibles:

Básico: 10% mínimo \$3.750.000

Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos.

Gastos médicos: sin deducible

Claims Made \$ 8,268,413.00

TOTAL PRIMA INCLUIDO IVA \$ 9,591,359

Amparos

=====

Predios, labores y operaciones, incluyendo la responsabilidad civil profesional Médica en que incurra el asegurado relacionada con la prestación del servicio de salud.

Nota: Se aclara que la cobertura brindada bajo esta póliza ampara la responsabilidad civil profesional médica de la institución médica, pero no ampara la responsabilidad civil médica individual de los médicos al servicio de dicha entidad los cuales deben tener su propia póliza.

No se otorga

=====

Cirugia cosmetica (cirugia plastica practicada por razones claramente diferentes de la correccion de anomalias congenitas o desfiguracion como resultado de un accidente)

R.C. Cruzada

ienes bajo cuidado tenencia y control

establecimiento automatico de valor asegurado.

Errores e inexactitudes diferentes a la prestacion del servicio de salud.

Renovacion automatica

R.C. Profesional del area o actividades netamente administrativas

Gastos medicos en que incurra el mismo asegurado por actos medicos incorrectos cometidos en la atencion de sus pacientes, sin que medie la reclamacion de un tercero.

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

Condiciones sujeta al clausulado RCP-006-3

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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



## CONDICIONES GENERALES

**LA PREVISORA S.A.** Compañía de Seguros, que en lo sucesivo se denominará **PREVISORA**, en consideración a que el Tomador ha presentado una solicitud de seguro, la cual forma parte integrante de esta póliza, ampara la Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado, con sujeción a los términos y Condiciones Generales y Particulares previstos a continuación:

### CONDICIÓN PRIMERA

#### AMPAROS

#### AMPAROS CUBIERTOS

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

#### 1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).
- b) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACIÓN AL "ACTO MÉDICO", EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, SEGÚN SE DESCRIBE EN EL PUNTO a) ANTERIOR. EN ESTE CASO **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.
- c) ASIMISMO **PREVISORA** SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

#### 1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.  
A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:
  - 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
  - 2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.
  - 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUS DEPENDIENTES;
  - 4) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
 SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS

# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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



CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MÉDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

- 1.3 PREVISORA SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE PREVISORA POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL.
- 1.4 LA INDENIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.
- 1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
  - a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
  - b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FENICIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
  - c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

## **EXCLUSIONES**

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

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

## **2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS**

- 2.1 LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO DIRECTORES EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL "PACIENTE", DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.

# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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



2.9 EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO.

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

2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

2.12 TRANSмутACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGÁN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.

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

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

2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.

2.16 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, COMMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

2.17 CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO

MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.

2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.

2.19 LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A "PACIENTES" EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.

2.20 "RECLAMOS" POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABOHADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL "PACIENTE" Y/O OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL "PACIENTE", Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO "PACIENTE" POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PREVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.

2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.

2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

000187



# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

11/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



1.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.

1.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".

1.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

1.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE Pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

1.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.

1.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

1.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.

1.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

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

1.34 PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.

1.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS

SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.

2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

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

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

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

a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIERA RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.

c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.

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

## **CONDICIÓN SEGUNDA**

### **GARANTÍAS DEL ASEGURADO**

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley

# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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



23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

**NOTA:** El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se de por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del Código de Comercio, lo siguiente:

1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:

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

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

c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto

lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

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

e) Entregar a PREVISORA, o al representante nombrado por el Asegurado, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.

f) Colaborar con el Asegurado, o al representante nombrado por el Asegurado, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.

g) Cooperar con PREVISORA, o con el representante nombrado por PREVISORA, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo "reclamo" o litigio.

h) Prestar a PREVISORA, o al representante nombrado por PREVISORA, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

i) Colaborar con PREVISORA, o con el representante nombrado por PREVISORA, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que PREVISORA encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.

j) Permitir a PREVISORA efectuar transacciones o consentir sentencias.

k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o "indemnización" sin el previo consentimiento por escrito del Asegurado.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

11/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- l) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de "pacientes", elaborando en forma prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.
- m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de inmediata o de no inmediata, en cuyo caso:
- **PREVISORA** y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.
  - El Asegurado entregará a **PREVISORA** un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.
  - El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de inmediatas.
  - El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

**CONDICIÓN TERCERA**

**SUMA ASEGURADA**

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

- 1) **Límite de Cobertura por Acto Médico:** **PREVISORA** será responsable por el pago de los reclamos o sentencias judiciales relacionados con reclamos cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares como límite de cobertura por acto médico. Dicho límite comprende la responsabilidad máxima del Asegurador en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por uno o más reclamos derivados de un solo acto médico y/o evento.

- b) **Pluralidad de Reclamos:** En caso que, de un mismo acto médico resultaren varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en las Condiciones Particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que **PREVISORA** reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo "acto médico" y/o "evento", sin perjuicio de:
- El número de individuos y/o organizaciones aseguradas
  - El número de "reclamos" y/o demandas reportadas
  - El número de personas y/u organizaciones presentando "reclamos" y/o demandas
- c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.
- d) **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de **PREVISORA**, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectuaren una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

**CONDICIÓN CUARTA**

**DEDUCIBLE**

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

**PREVISORA** responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del Asegurado.

**CONDICIÓN QUINTA**

**PERSONAS ASEGURADAS**

- a) Se considerará como "Asegurado" al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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



el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto de los antecedentes, prácticas, tipo de organización, instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de Solicitud de Seguro.

Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.

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

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

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

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

**CONDICIÓN SEXTA**

**PRIMA**

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

**CONDICIÓN SÉPTIMA**

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

El Asegurado deberá notificar a **PREVISORA**, o a su representante nombrado en las Condiciones Particulares, cualquier acontecimiento adverso que, según su conocimiento, pudiera derivar en un reclamo, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 48 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

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

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

**CONDICIÓN OCTAVA**

**DENUNCIA DE "RECLAMOS"**

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

La notificación escrita para **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

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

000189

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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



**CONDICIÓN NOVENA**

**RENOVACIÓN DEL CONTRATO**

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

**CONDICIÓN DÉCIMA**

**EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS**

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

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

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

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

d) Fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

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

- Pagar de contado la prima correspondiente.

Cumplidas las condiciones anteriores, PREVISORA:

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

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

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

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

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

**CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA**

**DEFENSA EN JUICIO CIVIL**

En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente a PREVISORA de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la notificación, y estará obligado a remitir simultáneamente a PREVISORA la póliza y todos los documentos que pertenezcan a dicha notificación.

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

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

PREVISORA no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del asegurado. Sin embargo, en caso de que el asegurado refusara a consentir el acuerdo propuesto por PREVISORA y optara por la continuación de la acción judicial o cualquier otro procedimiento legal relacionado con el reclamo, deberá dejarse por escrito entre PREVISORA y el asegurado que la responsabilidad total de PREVISORA por dicho siniestro no podrá exceder el monto por el cual el reclamo hubiese sido conciliado, incluyendo los gastos, costos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo por parte del asegurado.

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

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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



**CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA**

**TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

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

**CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA**

**PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDENNIZACIÓN**

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

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

**CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA**

**CLÁUSULA COMPROMISORIA**

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

**CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA**

**VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO**

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

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

Asegurado, éste no podrá exigir que PREVISORA las sustituya.

- b) "Costas, gastos, intereses y honorarios": PREVISORA asume a su cargo, el pago de las costas judiciales, intereses en causa civil, y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para oponerse a las pretensiones del tercero, en demandas infundadas o no, sin embargo, cualquiera que fuese el resultado del litigio, el monto de dicho concepto no podrá superar el 100% de la suma asegurada, o del sublímite el excedente quedará a cargo del asegurado.

- c) Opción del Asegurado: En cualquier momento, PREVISORA, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte de PREVISORA en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito judicial de la Suma Asegurada, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual PREVISORA quedará liberado de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del(de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del Asegurado.

**CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA**

**PROCESO PENAL**

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

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

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

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

# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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

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

## **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA**

### **SUBROGACIÓN**

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

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

## **CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA**

### **RETICENCIA**

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

## **CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA**

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

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

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

## **CONDICIÓN VIGÉSIMA**

### **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA**

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, PREVISORA podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable



o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el reclamo. Luego de ello, PREVISORA abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

## **CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA**

### **AUDITORÍA E INSPECCIÓN**

- PREVISORA tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado - incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc. - en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.
- También, PREVISORA podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un periodo de 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

## **CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA**

### **OTROS SEGUROS**

En caso que el Asegurado contara con otra póliza o pólizas de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1092 del Código del Comercio.

El asegurado deberá informar por escrito a PREVISORA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de los diez días a partir de su celebración. La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

## **CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA**

### **CESIÓN DE DERECHOS**

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

# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

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

## **CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA**

### **MODIFICACIONES A LA PÓLIZA**

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

## **CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA**

### **DEFINICIONES**

- a) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.  
A los efectos de este seguro se considerará como un solo y mismo evento la exposición repentina, continua o repetida a condiciones perjudiciales o dañinas a terceros que causen daños y/o lesiones imprevistos e inesperados por el Asegurado.
- b) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- c) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- d) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por PREVISORA para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza. También se incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como en caso de ser condenado a pagar en juicio.
- e) **Fecha de Retroactividad:** La fecha indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el Asegurado y PREVISORA. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.
- f) **Indemnización:** Compensación al Asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico, y la cual no puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos



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

- h) **Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un "acto médico" y/o "evento".

## **CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA**

### **ADVERTENCIAS AL ASEGURADO**

#### **- Agravación del Riesgo**

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

La notificación se hará con antelación no menor de 10 días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los 10 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, PREVISORA podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a PREVISORA a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto a los amparos accesorios a menos de convención en contrario, ni cuando PREVISORA haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella. En los términos establecidos en el Artículo 1060 del Código del Comercio.

## **CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA**

### **INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES**

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

1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).

00191

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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



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

**3. Hechos de Rebelión:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el Gobierno Nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

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

**4. Hechos de Sedición y Motín:** Se entienden por tales los hechos dañosos mediante el empleo de las ramas que pretendan impedir transitoriamente el libre funcionamiento del régimen constitucional o legal vigentes.

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

**5. Asonada:** Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultaria para exigir violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

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

**6. Hechos de Vandalismo o Conmoción Popular:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

**7. Hechos de Guerrilla:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

**8. Hechos de Terrorismo:** Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la

libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.

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

**9. Hechos de Huelga:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

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

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

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

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

Se exceptúa la obligación de comunicación escrita, la que se refiere el aviso de siniestro al Asegurador por parte del Asegurado, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 1075 del Código de Comercio.