

**CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA DDTE SUR MARGARITA MUÑOZ  
RAD 2020-00141**

Jacqueline Romero <firmadeabogadosjr@gmail.com>

Mié 13/10/2021 4:45 PM

Para: Juzgado 08 Administrativo - Cauca - Popayan <j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: juridico@dumianmedical.net <juridico@dumianmedical.net>; gerencia@laestancia.com.co <gerencia@laestancia.com.co>; willaob@hotmail.com <willaob@hotmail.com>; serranoescobar@gmail.com <serranoescobar@gmail.com>; clinicasantagracia@dumianmedical.net <clinicasantagracia@dumianmedical.net>; notificaciones@cauca.gov.co <notificaciones@cauca.gov.co>; sandra moreno <notificacionesjudiciales@medimas.com.co>; co-notificacionesjudiciales@libertycolombia.com <co-notificacionesjudiciales@libertycolombia.com>

**Señores:**

**JUZGADO OCTAVO (08) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE POPAYAN**

**E. S. D.**

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

**Proceso: ADMINISTRATIVO- ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**

**Demandante: SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA Y OTROS**

**Demandado: DUMIAN MEDICAL SAS**

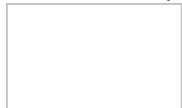
**Llamado en Garantía: LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Radicación: 190013333008-20200014100**

**JACQUELINE ROMERO ESTRADA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 31.167.229 de Palmira Valle, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No 89930 del Consejo Superior de la Judicatura, a usted con el debido respeto manifiesto que obrando en mi condición de Apoderada Judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, legalmente constituida y debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, con oficina en la Calle 57 No 9-07 de esta Ciudad y sucursal en la ciudad de Cali, Carrera 5 No 10-39 Piso 8, Representada Legalmente por el Doctor **JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ**, mayor de edad, vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía 1014214701 de Bogotá, manifiesto a usted con el debido respeto por medio del presente escrito que me permito recorrer el traslado de la demanda y el Llamamiento en Garantía realizado por **DUMIAN MEDICAL SAS** con relación a la demanda formulada por la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA Y OTROS**, dentro del proceso de **REPARACION DIRECTA**.

Agradezco confirmar recibido.

Cordialmente,



**Jacqueline Romero Estrada**

**Abogada**

Calle 29 No. 27-40 Oficina 604 Edificio Banco de Bogotá.

Palmira, Valle del Cauca

(+57) 3176921134 – 3182115503 - 2859637

Proyectó: Daniela Romero



Bogotá D.C.

Señores

**JUZGADO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO - 8  
POPAYAN, CAUCA**

[i08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:i08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

Referencia: OTORGAMIENTO DE PODER  
Demandante: SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA  
Demandado: SOCIEDAD DUMIAN MEDICAL SAS  
Radicado: 190013333008 - 20200014100

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1014214701 de BOGOTÁ DC,, mayor de edad y vecino de BOGOTA, D.C., actuando en mi condición de representante legal de 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 a la abogada JACQUELINE ROMERO ESTRADA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Palmira , identificada con C.C No. 31167229 de Palmira, abogada en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. TP 89930 del C. S. de la J., para que en el proceso de la referencia, se notifique, actúe como apoderada judicial de la Compañía.

Solicito reconocer personería al mandatario para los fines de la gestión encomendada en los términos del Artículo 77 de Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de transigir y desistir están sujetas a la autorización previa de la Vicepresidencia Jurídica y la facultad de conciliar a la decisión que adopte el Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Compañía.

La apoderada podrá ser notificada para todos los efectos, en el correo: [firmadeabogadosjr@gmail.com](mailto:firmadeabogadosjr@gmail.com) el cual se encuentra debidamente inscrito en el Registro Nacional de Abogados, y en el buzón de notificaciones judiciales de la sociedad otorgante: [notificacionesjudiciales@previsora.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@previsora.gov.co)

Atentamente,

**JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ**

C.C. 1014214701 de Bogotá D.C.

Representante Legal

Acepto,



**JACQUELINE ROMERO ESTRADA**  
C.C. No 31167229 de Palmira Valle  
T.P. No TP. 89930 Del C.S.J.

ABOGADO INTERNO: AARON ORTIZ  
TRAMITÓ: GONZALO MURILLO  
LT: 31369  
24-09-2021

**PODER RAD: 2020-00141 DDTE SUR MARGARITA MUÑOZ LITISOFT 31369****NOTIFICACIONES JUDICIALES** <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

Lun 27/09/2021 8:46 AM

Para: Juzgado 08 Administrativo - Cauca - Popayan &lt;j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

CC: firmadeabogadosjr &lt;firmadeabogadosjr@gmail.com&gt;; GONZALO MURILLO &lt;gonzalo.murillo.ext@previsora.gov.co&gt;; JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ &lt;joan.hernandez@previsora.gov.co&gt;

Respetado doctor,

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 806 de 2020, los artículos 73 y siguientes del Código General del proceso y todas aquellas normas concordantes, se le otorga a usted poder en los términos que a continuación se disponen.

Este correo electrónico es enviado por el Representante Legal, Judicial y Extrajudicial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros desde la cuenta de correo electrónico de notificaciones judiciales, tal y como se prueba en los Certificados de Existencia y Representación Legal expedidos por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Cámara de Comercio de Bogotá.

Señores

**JUZGADO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO - 8  
POPAYAN, CAUCA**[j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

Referencia: OTORGAMIENTO DE PODER

Demandante: SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA

Demandado: SOCIEDAD DUMIAN MEDICAL SAS

Radicado: 190013333008 - 20200014100



Señores:

JUZGADO OCTAVO (08) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE POPAYAN  
E. S. D.

### CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Proceso: ADMINISTRATIVO- ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

Demandante: SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA Y OTROS

Demandado: DUMIAN MEDICAL SAS

Llamado en Garantía: LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS

Radicación: 190013333008-20200014100

**JACQUELINE ROMERO ESTRADA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 31.167.229 de Palmira Valle, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No 89930 del Consejo Superior de la Judicatura, a usted con el debido respeto manifiesto que obrando en mi condición de Apoderada Judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, legalmente constituida y debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, con oficina en la Calle 57 No 9-07 de esta Ciudad y sucursal en la ciudad de Cali, Carrera 5 No 10-39 Piso 8, Representada Legalmente por el Doctor **JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ**, mayor de edad, vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía 1014214701 de Bogotá, manifiesto a usted con el debido respeto por medio del presente escrito que me permito recorrer el traslado de la demanda y el Llamamiento en Garantía realizado por **DUMIAN MEDICAL SAS** con relación a la demanda formulada por la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA Y OTROS**, dentro del proceso de **REPARACION DIRECTA**.

### DESIGNACIÓN DEL LLAMADO EN GARANTIA

#### **LLAMADO EN GARANTÍA**

**LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, identificada con el Nit. 860.002.400-2, sociedad con domicilio Principal en la Ciudad de Bogotá, con oficina en la Calle 57 No 9-07 de esta Ciudad y sucursal en la ciudad de Cali, Carrera 5 No 10-39 Piso 8, correo electrónico [notificacionesjudiciales@previsora.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@previsora.gov.co)

#### **REPRESENTANTE LEGAL**

**JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ**, mayor de edad, vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía 1014214701 de Bogotá en calidad de Representante Legal de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación de la Cámara de Comercio de Bogotá que ya obra en el expediente.



**APODERADA JUDICIAL**

**JACQUELINE ROMERO ESTRADA** mayor de edad, vecina y residente en Palmira (V.), identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 31.167.229 de Palmira, portadora de la tarjeta profesional No. 89.930 del Consejo Superior de la Judicatura.

**CAPÍTULO I**

**CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

**AL HECHO 1:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, dado que corresponden a aspectos íntimos de la vida personal y familiar de los demandantes, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, se allegan los Registros Civiles de Nacimiento de las señoras Maria Senit Quesada, Ana Delia Quesada y Angela Maria Muñoz Quesada, donde se colige como cierto que son hermanas de la señora SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA.

**AL HECHO 2.** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, que la señora SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA se haya encargado de la crianza, cuidado, protección y educación de sus dos hijas de crianza Ingrit Valentina Piedrahita Muñoz y Diana Lizeth Roa Muñoz, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía.

**AL HECHO 3:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso respecto de los ingresos mensuales obtenidos por la señora SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA.

**AL HECHO 4:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

**AL HECHO 5:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, lo manifestado en este hecho, como quiera que se trata de un vínculo entre el extremo actor y una entidad distinta a mi representada, de modo que esta no intervino ni directa ni indirectamente en la afiliación con la entidad EPS MEDIMAS.

**AL HECHO 6:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía.

**AL HECHO 7 Y 8:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente



Jacqueline Romero Estrada

ajena al conocimiento de mi representada, No obstante, es parcialmente cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que la paciente ingresó a la clínica Santa Gracia el día 15 de noviembre de 2019 a las 19:53 horas en la que se le practica el triage y no a las 7:00 pm como manifiesta la parte actora.

**AL HECHO 9:** No es un hecho, se trata de transcripciones subjetivas de fragmentos de revistas sobre la literatura científica. Me atengo a lo que resulte probado respecto del caso en concreto de la señora Sur Margarita Muñoz.

**AL HECHO 10:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, no es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que la paciente ingresó a la clínica Santa Gracia el día 15 de noviembre de 2019 a las 19:53 horas en la que se le practica el triage.

**AL HECHO 11:** No es un hecho, es una transcripción de la historia clínica de la Clínica Santa Gracia de la paciente Sur Margarita Muñoz. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

**AL HECHO 12:** No es un hecho, se trata de apreciaciones precipitadas subjetivas sin un sustento fáctico, probatorio, pues la parte actora no acredita conocimiento médico para manifestar lo aquí consignado. Por tanto, todas estas afirmaciones deben ser sometidas conforme a la carga de la prueba en cabeza de la parte actora, a la debida validación y demostración probatoria en la correspondiente etapa procesal. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

**AL HECHO 13 Y 14:** No son hechos, son transcripciones de la historia clínica de la Clínica Santa Gracia de la paciente Sur Margarita Muñoz. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

**AL HECHO 15 y 16:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de estos hechos, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, no es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que la paciente presentó una lesión de difícil diagnóstico, toda vez que la luxación de la rodilla es poco común y la lesión tanto vascular como neurológica son generadas por este trauma, pese a lo anterior, fue diagnosticada oportunamente, además, se debe tener presente los antecedentes clínicos de la paciente como lo es la obesidad mórbida y la diabetes mellitud no tratada.





Jacqueline Romero Estrada

**DEL HECHO 17 AL 19:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de estos hechos, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que se evidencia que al ingreso de la paciente se le dio manejo adecuado a la patología presentada, se le presto el servicio oportuno y fue valorada por ortopedia en los tiempos establecidos y necesarios, se solicitó interconsulta para ser manejada por cirugía vascular y se solicitaron los diagnósticos necesarios para salvaguardar la vida e integridad física de la paciente.

**AL HECHO 20:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso respecto de la atención brindada en clínica la estancia.

**DEL HECHO 21 AL 24:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de estos hechos, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, es parcialmente cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que teniendo en cuenta la necesidad de valoración por cirugía vascular, Dumian Medical SAS inicio solicitud de remisión por cirugía vascular.

**AL HECHO 25 y 26:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de estos hechos, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, no es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que la decisión de remisión se genera porque Dumian Medical SAS no contaba con la especialidad, además por los antecedentes de la paciente y la patología requería atención en una entidad de mayor nivel.

**AL HECHO 27:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que pese a las múltiples solicitudes por parte de Dumian Medical, no se pudo ubicar de manera inmediata remisión para la paciente, ya que se encontraban en espera de autorización para remisión por parte de la EPS y el ente territorial.

**AL HECHO 28:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, es parcialmente cierto de conformidad con lo





Jacqueline Romero Estrada

Firma de abogados S.A.S

señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que la paciente consulto el servicio de urgencias por lesión sufrida en caída desde su propia altura y como resultado de la atención diligente y adecuada por el equipo medico que la atendió determinaron la necesidad de la especialidad de cirugía vascular y por no contar con este servicio y debido a que la paciente requería atención en institución de mayor nivel, se ordenó su remisión lo cual estaba a cargo de su asegurador. Sin embargo las complicaciones presentadas por la paciente son atribuibles a sus antecedentes clínicos.

**AL HECHO 29:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, no es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que la paciente consulto el servicio de urgencias por lesión sufrida en caída desde su propia altura y como resultado de la atención diligente y adecuada por el equipo médico que la atendió determinaron la necesidad de la especialidad de cirugía vascular y por no contar con este servicio y debido a que la paciente requería atención en institución de mayor nivel, se ordenó su remisión lo cual estaba a cargo de su asegurador. Sin embargo, las complicaciones presentadas por la paciente son atribuibles a sus antecedentes clínicos.

**AL HECHO 30 y 31:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de estos hechos, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, es parcialmente cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que la responsabilidad de remisión es de la EPS como asegurador del servicio.

**DEL HECHO 32 AL 59:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso respecto de la atención médica brindada a la señora Sur Margarita en la CLINICA LA ESTANCIA.

**AL HECHO 60:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, no es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que no la paciente consulto el servicio de urgencias por lesión sufrida en caída desde su propia altura y como resultado de la atención diligente y adecuada por el equipo médico que la atendió determinaron la necesidad de la especialidad de cirugía vascular y por no contar con este servicio y debido a que la paciente



Jacqueline Romero Estrada

requería atención en institución de mayor nivel, se ordenó su remisión lo cual estaba a cargo de su asegurador.

**AL HECHO 61 Y 62:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, no es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que por no contar con el servicio de cirugía vascular se solicitó remisión a la Clínica La Estancia, la que solo aceptó la paciente cuando el médico especialista podía interconsultar la misma.

**AL HECHO 63:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, es cierto de conformidad con lo señalado en la contestación por parte Dumian Medical SAS, toda vez que el encargado de la remisión de la paciente no es Dumian Medical.

**DEL HECHO 64 AL 66:** No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de estos hechos, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

**AL HECHO 67:** No es un hecho, es un requisito de procedibilidad para instaurar la presente acción.

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

Me opongo a la prosperidad de las pretensiones declarativas y de condena, propuestas por la parte actora, como quiera que no logran edificar los supuestos de hecho y de derecho que se requieren para estructurar la responsabilidad que pretende endilgarse a los demandados. Específicamente me refiero a las pretensiones de la demanda de la siguiente manera:

**PRIMERO:** Me opongo a que se declare administrativa y patrimonialmente responsable a la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS** por la falla en la prestación del servicio médico brindada a la señora SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA, pues no fue aportado material probatorio suficiente para endilgar en cabeza de mi asegurado ningún tipo de responsabilidad.

Y en consonancia con lo anterior nos oponemos a la condena de pago de los conceptos exigidos en las pretensiones subsiguientes.

### **SEGUNDO:**

### **PERJUICIOS MATERIALES**



- **LUCRO CESANTE**

En el escrito genitor se eleva pretensión por perjuicios materiales a título de lucro cesante consolidado la suma de **\$54.467.486** y lucro cesante futuro la suma de **\$763.841.429** a favor de la señora SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA, la petición no se encuentra respaldada bajo ningún elemento de convicción que permita establecer la causación del mismo.

En ese tenor, **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** se opone de manera directa, al presente perjuicio toda vez que la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS** no incurrió en falla del servicio de la cual se derivase el hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño o perjuicio (así como de su cuantía) y la imprescindible relación de causalidad entre el primero y éste último.

El lucro cesante corresponde a aquel bien económico que debiendo ingresar al patrimonio de la víctima, no lo hizo con ocasión del hecho dañoso. En este orden de ideas, debe la parte actora demostrar fehacientemente la pérdida de la oportunidad, así como cualquier dinero o cualquier otro tipo de bien que dejó de ingresar a su patrimonio con ocasión al supuesto daño causado por la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS**.

Así mismo se resalta que la parte actora no solo debe precisar a qué tipo de perjuicios se refiere, sino que es su inexorable tarea el probarlos mediante los medios idóneos, toda vez que no basta con simplemente alegarlos, pues será únicamente con los medios probatorios adecuados que se podrán demostrar estas afirmaciones; verbigracia contratos de trabajo, prestación de servicios, desprendibles de pagos, planilla de pago de nómina, certificado de ingresos y retenciones, declaración de renta, certificados expedidos por un contador público, con sus respectivos libros contables, que puedan dar fe del monto de ingresos percibidos por la víctima, como también el pago a la seguridad social, pruebas que brillan por su ausencia. Ahora bien, en gracia de discusión y sin que la presente constituya reconocimiento de responsabilidad a cargo de la demandada, mucho menos en contra de mi representada comollamada en garantía, ha de señalarse que en efecto, no se observa que la demandante haya realizado una liquidación juiciosa frente al concepto de lucro cesante que estima, puesto que no se advierte el uso de la fórmula establecida por el H. Consejo de Estado para la estimación de este concepto indemnizable que, de acuerdo con los hechos, se identificaría como lucro cesante consolidado; las fórmulas son las siguientes:

$$Ra = R \frac{\text{índice } f}{\text{índice } i}$$

índice i

Donde:

Ra = renta actualizada.

R = renta.

Índice f = índice final, o sea, I.P.C. al momento de la radicación de la solicitud de conciliación.

Índice i = índice inicia, o sea, I.P.C. al momento del hecho.



Para lucro cesante consolidado:

$$S = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i}$$

Donde:

S = indemnización consolidada, es decir, la comprendida entre la fecha del hecho y la de la solicitud de conciliación.

Ra = renta actualizada.

n = número de meses transcurridos entre la fecha del hecho y la solicitud de conciliación.

i = interés puro o técnico.

Para lucro cesante futuro:

$$S = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i (1 + i)^n}$$

Donde:

S = indemnización consolidada, es decir, la comprendida entre la fecha del hecho y la de la solicitud de conciliación.

Ra = renta actualizada.

n = número de meses transcurridos entre la presentación de la solicitud de conciliación y la expectativa de vida probable de la víctima directa.

i = interés puro o técnico.

De esta manera, estas serán las fórmulas de la que únicamente puede valerse un demandante que exige una indemnización a título de lucro cesante consolidado y futuro, una vez, claro está, haya demostrado cabalmente, la responsabilidad administrativa que se pretende contra el extremo accionado, y el perjuicio pretendido; en el caso que nos convoca, revisado el cálculo del Lucro Cesante elaborado por la parte actora, se observa que no se han utilizado las fórmulas anteriormente relacionadas, incumpliendo la demandante con el deber de ajustarse a los parámetros y lineamientos que frente al particular ha determinado el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo.

## PERJUICIOS INMATERIALES

### - PERJUICIOS MORALES:

**LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** se opone de manera directa, al perjuicio moral toda vez que la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS.** no incurrió en falla del servicio de la cual se derivase el hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño o perjuicio (así como de su cuantía) y la imprescindible relación de causalidad entre el primero y éste último.



No obstante, lo anterior, en el hipotético caso de considerarse responsabilidad alguna por parte de la demandada, una vez se acredite el nivel de afectación, el pedimento de resarcimiento por concepto de los perjuicios morales debe corresponder con los límites fijados por el Consejo de Estado en Acta del 28 de agosto de 2014, a través de la cual unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales así:

2.2 REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES PERSONALES

La reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas. Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, en los eventos de lesiones, la valoración de la gravedad o levedad de la lesión reportada por la víctima. Su manejo se ha dividido en seis (6) rangos:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Deberá verificarse la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la que determinará el monto indemnizatorio en salarios mínimos. Para las víctimas indirectas se asignará un porcentaje de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado, conforme al cuadro. La gravedad o levedad de la lesión y los correspondientes niveles se determinarán y motivarán de conformidad con lo probado en el proceso.

**Nivel No. 1.** Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes). Tendrán derecho al reconocimiento de 100 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 80 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 60 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 40 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 20 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 10 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

**Nivel No. 2.** Donde se ubica la relación afectiva, propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). obtendrán el 50% del valor adjudicado al lesionado o víctima directa, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se describe: tendrán derecho al reconocimiento de 50 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 40 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 30 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e





### Jacqueline Romero Estrada

inferior al 40%; a 20 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 10 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

**Nivel No. 3.** Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. Adquirirán el 35% de lo correspondiente a la víctima, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se indica: tendrán derecho al reconocimiento de 35 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 28 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 21 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 14 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 7 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 3,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

**Nivel No. 4.** Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. Se reconocerá el 25% de la indemnización tasada para el lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se señala: tendrán derecho al reconocimiento de 25 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 20 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 10 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 5 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 2,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

**Nivel No. 5.** Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). Se concederá el 15% del valor adjudicado al lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se presenta: tendrán derecho al reconocimiento de 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 12 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 9 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 6 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 3 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 1,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%.

Dentro del escrito de demanda este perjuicio fue pedido de la siguiente manera:

A favor de **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA**, en calidad de víctima directa, se solicita la suma de 100 SMLMV; suma a la que me opongo a pagar ya que no existen elementos de prueba que permitan endilgar de forma contundente responsabilidad en contra de mi asegurado, además de que no aportan dentro del proceso historia clínica psicológica, o experticia psicológica que determine la afectación emocional sufrida por el mismo.

A favor de **MYRIAN QUESADA**, en calidad de madre de la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA**, se solicita la suma de 100 SMLMV, me opongo a que se ordene a pagar tal suma solicitada, toda vez que no aportan dentro del proceso historia clínica psicológica, o experticia psicológica que determine la afectación emocional sufrida por la misma, en el entendido de que el hecho de que exista relación de consanguinidad la



misma no es prueba fehaciente de que enmarque una afectación emocional.

A favor de **INGRIT VALENTINA PIEDRAHITA MUÑOZ Y DIANA LIZETH ROA MUÑOZ**, en calidad de hijas de crianza de la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA**, se solicita la suma de 100 SMLMV para cada una, me opongo a que se ordene a pagar tal suma solicitada favor de estos demandantes toda vez que los mismos solicitan dicho monto a indemnizar por concepto de perjuicios inmateriales, cabe resaltar que no aportan dentro del proceso historia clínica psicológica, o experticia psicológica que determine la afectación emocional sufrida por los mismos, en el entendido de que el hecho de que exista relación de consanguinidad la misma no es prueba fehaciente de que enmarque una afectación emocional.

Igualmente, tampoco se aporta por parte de los actores, prueba fehaciente donde se logre demostrar que entre la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA** y las señoras **INGRIT VALENTINA PIEDRAHITA MUÑOZ Y DIANA LIZETH ROA MUÑOZ** existiese una relación afectiva de hijas de crianza, de apoyo mutuo y de cariño, así como soportes de manutención y educación de las mismas; por el contrario se allega registro civil de nacimiento **INGRIT VALENTINA PIEDRAHITA MUÑOZ Y DIANA LIZETH ROA MUÑOZ**, donde figura como madre la señora **ANGELA MARIA MUÑOZ QUESADA**, por ende el parentesco en el que deben comparecer al proceso es en calidad de sobrinas de la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ** y no como supuestas hijas de crianza. Excediendo así los topes fijados por el Consejo de Estado para relación de parentesco de sobrinas.

A favor de **MARIA SENIT OBANDO QUESADA, ANA DELIA QUESADA Y ANGELA MARIA MUÑOZ QUESADA** en calidad de hermanas de la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA**, se solicita la suma de 50 SMLMV para cada una, me opongo a que se ordene a pagar tal suma solicitada favor de esta demandante toda vez que no aportan dentro del proceso historia clínica psicológica, o experticia psicológica que determine la afectación emocional sufrida por los mismos, en el entendido de que el hecho de que exista relación de consanguinidad la misma no es prueba fehaciente de que enmarque una afectación emocional.

#### - DAÑO A LA SALUD

En lo que respecta al reclamo indemnizatorio que aquí eleva el extremo actor, sea lo primero considerar que, de acuerdo con la evolución jurisprudencial del H. Consejo de Estado, este concepto se encuentra subsumido en el perjuicio indemnizable denominado: **daño a la salud**; de conformidad con la Corporación:

*“(...) se recuerda que, desde las sentencias de la Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, Exp. 19031 y 38222 (...) se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una*





persona, **ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud (...)**” (Subrayado y negrilla por fuera del texto original)

No obstante, en el hipotético caso de considerarse responsabilidad alguna por parte de la demandada, una vez se acredite el nivel de afectación, el pedimento de resarcimiento por concepto de daño a la salud debe corresponder con los límites fijados por el Consejo de Estado en Acta del 28 de agosto de 2014, a través de la cual unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales así:

“(…)

**4. CONCEPTO Y REPARACIÓN DEL DAÑO A LA SALUD.**

En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera.

La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, **única y exclusivamente para la víctima directa, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V.** de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, conforme a la siguiente tabla:

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD	
REGLA GENERAL	
Gravedad de la lesión	Víctima directa
	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

**Bajo este propósito, el juez debe determinar el porcentaje de la gravedad o levedad de la afectación corporal o psicofísica, debidamente probada dentro del proceso,** relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano.

Para lo anterior el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. Para estos efectos, de acuerdo con el caso, se considerarán las siguientes variables:

- La pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente)
- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.
- La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.

<sup>1</sup> CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 28832. M.P. Dr. Danilo Rojas Betancourth.



## Jacqueline Romero Estrada

- La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.
- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.
- Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria.
- Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.
- Los factores sociales, culturales u ocupacionales.
- La edad.
- El sexo.
- Las que tengan relación con la afectación de bienes placenteros, lúdicos y agradables de la víctima.
- Las demás que se acrediten dentro del proceso. (...)" (Negrilla subrayada ajena al texto)

Dentro del escrito de demanda este perjuicio fue pedido de la siguiente manera:

A favor de **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA**, en calidad de víctima directa, se solicita la suma de 400 SMLMV; suma a la que me opongo a pagar ya que no existen elementos de prueba que permitan endilgar de forma contundente responsabilidad en contra de mi asegurado, además de que no aporta prueba de la gravedad de la lesión sufrida, esto es porcentaje de la pérdida de capacidad laboral. Igualmente excediendo los topes fijados por el Consejo de Estado para este perjuicio.

A su vez solicita el mismo perjuicio bajo el nombre de daño a la vida de relación pretendiendo la suma de 100 SMLMV.

A favor de **MYRIAN QUESADA, INGRIT VALENTINA PIEDRAHITA MUÑOZ, DIANA LIZETH ROA MUÑOZ, MARIA SENIT OBANDO QUESADA, ANA DELIA QUESADA Y ANGELA MARIA MUÑOZ QUESADA**, se solicita la suma de 100 SMLMV para cada una; suma a las que **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** se opone de manera directa el reconocimiento, toda vez que este perjuicio se reconoce **única y exclusivamente para la víctima directa.**

**TERCERO:** Me opongo a que se reconozca a los demandantes los demás perjuicios, como quiera que todo perjuicio que se pretenda debe ser legalmente probado de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

**CUARTO:** En cuanto a la indexación de las sumas dinerarias de acuerdo con el IPC, solicitada en este acápite, me opongo desde ya que se conceda, teniendo en cuenta, que no se encuentra demostrado su afectación ni la suma a la que se pretende aplicar la indexación.

**QUINTO:** Me opongo a la condena en costas y agencias en derecho, como quiera que no logran edificar los supuestos de hecho y de derecho que se requieren para estructurar la responsabilidad que pretende endilgarse a los demandados.



Jacqueline Romero Estrada

**SEXTO:** En cuanto a los intereses solicitados en este acápite, me opongo desde ya que se conceda, teniendo en cuenta, que no se encuentra demostrado su afectación ni la suma a la que se pretende aplicar el interés.

**SEPTIMO:** En cuanto al plazo del cumplimiento de la condena, me opongo toda vez que no se acreditan los requisitos necesarios para que se estructure la responsabilidad administrativa.

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

#### **• INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD Y DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS ACTOS DE LA ENTIDAD DUMIAN MEDICAL SAS Y LOS SUPUESTOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE ACTORA**

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

1) La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. **Este elemento deberá ser fehacientemente probado por los demandantes.**

2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. **También compete a los demandantes su demostración.**

3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiera la categoría de cierto e indemnizable.

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

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

Así las cosas, les corresponde a los demandantes comprobar los 3 elementos anteriormente anunciados, reiterando que la culpa igualmente debe ser probada, por no encontrarnos dentro de un régimen de culpa presunta, sino por el contrario de culpa probada.



Jacqueline Romero Estrada

Firma de abogados S.A.S

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

De conformidad con la historia clínica de la CLINICA SANTA GRACIA-DUMIAN MEDICAL SAS allegada al plenario, se evidencia que la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA**, consulto el servicio de urgencias por lesión sufrida en caída desde su propia altura, se le brindó una atención diligente y adecuada por el equipo médico, quienes determinaron la necesidad de la valoración por especialidad de cirugía vascular, sin embargo por no contar con este servicio y debido a que la paciente requería atención en institución de mayor nivel, se ordenó su remisión de manera oportuna, lo cual estaba a cargo de su asegurador, de lo anterior se evidencia que el personal médico solicitó los diagnósticos necesarios para salvaguardar la vida e integridad física de la paciente, todo acorde al nivel de complejidad de la entidad hospitalaria.

Se evidencia que el paciente fue tratado por profesionales idóneos, con medios adecuados para brindar el tratamiento apropiado; se atendió en todo momento la discrecionalidad científica, los protocolos de manejo, en general, no se escatimó ningún medio para la atención del paciente, no tuvo lugar ninguna acción u omisión de mi representado o del equipo médico con rasgos de impericia, imprudencia o negligencia.

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

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE LA RELACION DE CAUSALIDAD.**

La excepción se plantea desde el punto de vista de la evaluación de las teorías de la imputación objetiva que debe ser analizada para establecer si una conducta se enmarca dentro de los parámetros de la responsabilidad por falla del servicio en la atención de la Salud.

Así se teorizan, la posición de garante y el deber de cuidado, teoría esta última que parte del punto de vista de la creación de un riesgo no permitido o el incremento de uno permitido, es decir la "creación de un riesgo jurídicamente desaprobado" para el bien jurídico protegido y la concreción del peligro en el hecho concreto causante del resultado.



Jacqueline Romero Estrada

Ahora bien, desde el punto de vista de la RELACIÓN DE CAUSALIDAD, como requisito fundamental de demostración de la negligencia médica, a cargo de la parte demandante, culpa probada, tenemos, que el daño reclamado, no tiene ninguna relación con la conducta de la entidad demandada "**DUMIAN MEDICAL SAS**", y de su personal médico, puesto que de conformidad con lo consignado por nuestro asegurado respecto con la historia Clínica de la paciente, hubo una atención dentro de los términos médicos del caso, con observancia de los protocolos que la literatura médica ha definido, emplearon de forma oportuna los procedimientos médicos, que revelan claramente que las lesiones de la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA** no obedecieron a alguna falla en el servicio médico que se le prestó en las instalaciones LA CLINICA SANTA GRACIA-DUMIAN MEDICAL SAS al contrario las complicaciones presentadas por la paciente son atribuibles a sus antecedentes clínicos como lo es la obesidad mórbida y la diabetes mellitus no tratada.

Al respecto el Doctor Javier Tamayo Jaramillo, en la obra sobre la Prueba en la culpa médica, recuerda que "entre la conducta del médico y el daño causado, debe existir una relación de causalidad, es decir, que el daño debe ser efecto o resultado de aquella conducta, la cual obra como causa eficiente en la producción del perjuicio. La conducta del médico tiene que ser la causa del daño, que presupone dos condiciones: En primer lugar la conducta médica debe ser la causa próxima y determinante en la producción del daño, que es cuando debido a la actuación médica se ha contribuido en un mayor grado a la producción del resultado, de tal manera que si no hubiera sido por ese actuar el daño no se hubiese ocasionado, por lo que el médico que incurriendo en falta en una operación efectuada a un paciente, no responde del daño, si demuestra que el resultado habría sobrevenido de todas maneras, por causa ajena a su actuación; es decir que si el médico comete falta y se produce un daño, pero él no ha sido la causa eficiente de ese daño, no se compromete su responsabilidad. Sobre este elemento ha dicho nuestra Corte Suprema de Justicia ".... Como regla general en los litigios sobre Responsabilidad Profesional Medica, como en todo problema de responsabilidad, debe establecerse la relación de causalidad entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el paciente. Por lo tanto, el medico no será responsable de la culpa o falta que se le imputa, sino cuando estas hayan sido las determinantes del perjuicio causado.

Entendida la actividad medica como de medio y no de resultado, ello compromete al galeno a suministrar los cuidados pertinentes y necesarios para la obtención de un "buen estado de salud", no hacerlo, hacerlo tardíamente, incurrir en equivocaciones como el error de diagnóstico del tratamiento no observar la llamada "lex artis" son algunas de las causas "adecuadas" (teoría de la causalidad adecuada) que llevar a determinar una relación de causalidad, incurriéndose en una responsabilidad; no demostrada en el proceso a estudio.-





Jacqueline Romero Estrada

En consecuencia, al no existir demostrada la negligencia médica, por no configurarse los elementos teleológicos de la responsabilidad de la institución de salud, respecto de la atención brindada a la paciente **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA**, por falla en el servicio, se debe absolver, pues los presuntos perjuicios reclamados por la parte demandante no son atribuibles a la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS** y mucho menos a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

- **DILIGENCIA Y CUIDADO**

La excepción se plantea desde el punto de vista del manejo de la carga de prueba, que tanto ha estudiado el Honorable Consejo de Estado, que ha partido del principio de que a pesar de que de acuerdo al artículo 177 del CPC, hoy artículo 167 del C.G.P., la carga de la prueba está a cargo del demandante, se debe considerar en las responsabilidades medicas el principio referido a que quien esté en mejores circunstancias debe probar los hechos que acreditan o exoneran de su responsabilidad, debiendo por ello, plantear que LA CLINICA SANTA GRACIA-DUMIAN MEDICAL SAS, en la atención médica de la paciente **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA**, desde su ingreso por urgencias debido a lesión sufrida en caída desde su propia altura, se le brindó una atención diligente y adecuada por el equipo médico, quienes determinaron la necesidad de la valoración por especialidad de cirugía vascular, sin embargo por no contar con este servicio y debido a que la paciente requería atención en institución de mayor nivel, se ordenó su remisión de manera oportuna, lo cual estaba a cargo de su asegurador, de lo anterior se evidencia que el personal médico solicitó los diagnósticos necesarios para salvaguardar la vida e integridad física de la paciente, todo acorde al nivel de complejidad de la entidad hospitalaria.

En consecuencia, no se puede evidenciar un actuar retardado, omisivo negligente que integre los elementos que determinen la falla el servicio de la atención prestada por la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS** y menos de su responsabilidad tal como habrá de probarse en el curso de proceso.

Por lo anterior esta excepción esta llamada a prosperar.

- **EXONERACION POR CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE MEDIO.**

Se erige esta excepción manifestando que la aquí demandada cumplió con los deberes profesionales que la ciencia en particular les exigía; y es que el médico contrae frente a los pacientes una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente puede alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.



Jacqueline Romero Estrada

Tal como lo menciona El Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, dentro del Radicado No. 76001-23-31-000-2004-01210-02(33492), providencia del 26 de febrero de 2014 y con ponencia del Consejero Carlos Alberto Zambrano Barrera, citando el expediente No. 18947 de marzo 24 de 2011, hizo alusión a que la práctica médica debía observarse desde la perspectiva del empleo de medios y no de resultados, expresando con ello, que el galeno está en la obligación de aplicar los protocolos necesarios para contrarrestar las patologías que presentan los pacientes a través de procedimientos que resulten riesgosos, aplicando la *lex artis*, a fin de obviar cualquier riesgo, pues de dicha manera no tendrá responsabilidad alguna pese a que los resultados en el paciente sean contrarios a los esperados, ya que lo importante es evitarlos empleando todos los medios que tenga a su alcance.

Por lo anterior dicha excepción debe prosperar.

**• EL EQUIPO MÉDICO DISPUESTO PARA LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE NO INCURRIÓ EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL, CONSECUENTEMENTE SE PROPONE COMO EXCEPCIÓN LA INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSA A EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER INSTITUCIONAL, LOS ACTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL RESULTADO INSATISFACTORIO.**

Siendo la ciencia médica, una ciencia inexacta por naturaleza, al ser ciencia valorativa, así puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal interferencia en la curación, de circunstancias generalmente imprevisibles como calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, etc.

Pues recordemos que la conducta que se implementa al ir precedida de un juicio de valor, no puede hacerle exigible la infalibilidad, dado el grado de discrecionalidad que tienen los profesionales en la elección de los diferentes medios conocidos por la ciencia médica. El médico, dado el criterio de discrecionalidad científica debe gozar de plena libertad para elegir el tratamiento correcto emprendiendo las iniciativas que estime correctas. Someter tal conducta al posterior control judicial para determinar si cumplió o no, comprobar si hubo o no culpa, expone la actividad médica al riesgo de coartar la libre elección e iniciativa del profesional.

En ese sentido el jurista Alier Hernández coincide en el planteamiento cuando al hacer pronunciamiento expresó:

*"(...) Cuando se conoce la causa de muerte o la lesión sufrida por el paciente, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por*





Jacqueline Romero Estrada

*esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico esta ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Sobre este punto, el profesor Ataz López previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar (...)". (Sentencia del 7 de diciembre de 2004, Expediente 744)*

De acuerdo con el criterio científico, los médicos que atendieron a la señora **SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA** en LA CLINICA SANTA GRACIA-DUMIAN MEDICAL SAS, desde su ingreso por urgencias debido a lesión sufrida en caída desde su propia altura, se le brindó una atención diligente y adecuada por el equipo médico, quienes determinaron la necesidad de la valoración por especialidad de cirugía vascular, sin embargo por no contar con este servicio y debido a que la paciente requería atención en institución de mayor nivel, se ordenó su remisión de manera oportuna, luego los hechos sobrevinientes no se pueden enmarcar dentro de la terminología jurídica de daño. Analizados los medios utilizados, se encuentra que estos estuvieron debidamente empleados, lo que significa es que no hay evidencia que permita considerar que el Equipo Médico, obrara de forma imperita, negligente o imprudente, o violando reglas de cuidado, por el contrario, en la historia clínica existen suficientes elementos para concluir que su conducta fue adecuada y diligente durante el lapso de tiempo que fue atendida.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA SE CUMPLIÓ CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA.**

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

Como se puede observar el médico enfrenta no solo la lesión con las que llega el paciente sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrático de cada paciente (características propias de cada cuerpo humano), así como el alea terapéutico siempre presente en los tratamientos médicos.

Por ello los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.



Jacqueline Romero Estrada

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

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

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

- **ILEGITIMIDAD EN LA CAUSA POR PASIVA**

Se propone esta excepción con fundamento en los mismos hechos en que se sustenta la presente demanda. No existe prueba legal dentro del proceso, que determine que evidentemente que el demandado **DUMIAN MEDICAL SAS**, haya incurrido en una acción culposa o falla en la prestación del servicio de salud, la acción que se ejerce en su contra resulta inane e improcedente pues no es la llamada a responder por las pretensiones de la demanda, por cuanto no se incurrió en hecho o acto alguno que la comprometa y mucho menos a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

- **APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS**

Esta excepción se basa en que efectivamente a la señora SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA, se le practicaron los procedimientos adecuados y prescritos, de conformidad con los correspondientes protocolos, sin que se hubiese mediado conducta culposa y siendo el tratamiento el adecuado, como se aprecia en la historia clínica de la paciente. Por lo anterior esta excepción debe prosperar.

- **INNOMINADA**

Fundamento esta excepción en cualquier hecho o derecho que resultare probado dentro del proceso, con capacidad para absolver a mi



Jacqueline Romero Estrada

representada de los cargos que se le imputan, de la responsabilidad que se le endilga y en general de las condenas y demás pretensiones del demandante.

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

## **CAPÍTULO II**

### **CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

#### **FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**AL HECHO PRIMERO:** No es cierto como está redactado este hecho, entre mi representada y el demandado Dumian Medical SAS se concertó el contrato de seguro documentado en la póliza de Responsabilidad Civil número **1058383** vigente entre el **29 de noviembre de 2018 y el 29 de noviembre de 2019**, la modalidad de cobertura ofrecida fue *Claims Made*, cuyo periodo de retroactividad se extendió hasta el 30 de septiembre de 2014, que ampara - entre otras- la responsabilidad civil médica del asegurado, sin embargo, es necesario advertir desde ya que el mentado contrato de seguro no ofrece cobertura para los hechos que dieron origen al presente litigio, como quiera que no concurren los presupuestos necesarios para que nazca obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora, de conformidad con la modalidad de cobertura .

En efecto, para que pueda afectarse el aludido contrato de seguro deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas, descendiendo al caso concreto, tenemos que si bien los hechos ocurren dentro del periodode vigencia, lo cierto es que la primera reclamación formulada a la entidad Dumian Medical SAS ocurrió el **22 de julio de 2020**, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, adjunta por el extremo actor, de modo que dicha reclamación se surtió cuando el referido contrato ya no se encontraba vigente.

En suma, en el caso que hoy nos ocupa, resulta imposible afectar el contrato de seguro que vincula a mi representada al proceso, habida cuenta de no concurrir los presupuestos necesarios para hacer efectivo el amparo concertado.

En cuanto a lo manifestado de la póliza suscrita con Liberty Seguros S.A., no me consta por ser una entidad diferente a mi representada La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

**AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto, solo en cuanto a que se encontraba vigente al momento de los hechos, sin embargo, es claro que la sola vigencia de la póliza para el momento de los hechos, no significa que exista de manera automática una obligación indemnizatoria a cargo de mi procurada, pues esta solo surge cuando el siniestro efectivamente ocurre, conforme a los términos de la cobertura pactada, que para el caso en concreto fue contratada bajo la modalidad "Claims Made", deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos para que opere el amparo de las coberturas concertadas: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y segundo, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

Así las cosas, descendiendo al caso concreto, tenemos que si bien los hechos ocurren dentro del periodo de vigencia, lo cierto es que la primera reclamación formulada a la entidad Dumian Medical SAS ocurrió el **22 de julio de 2020**, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, adjunta por el extremo actor, de modo que dicha reclamación se surtió cuando el referido contrato ya no se encontraba vigente.

En suma, en el caso que hoy nos ocupa, resulta imposible afectar el contrato de seguro que vincula a mi representada al proceso, habida cuenta de no concurrir los presupuestos necesarios para hacer efectivo el amparo concertado.

**AL HECHO TERCERO:** Es cierto de conformidad con la demanda que reposa dentro del proceso.

**AL HECHO CUARTO:** No es cierto, que la audiencia de conciliación se celebró el día 20 de septiembre de 2020, toda vez que de conformidad con el Acra No. 078 allegada por el extremo actor, la audiencia de conciliación se celebró el día 09 de septiembre de 2020.

En cuanto a lo manifestado de la vigencia de la póliza suscrita con Liberty Seguros S.A., no me consta por ser una entidad diferente a mi representada La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

**AL HECHO QUINTO:** No es cierto como está redactado este hecho, es claro que el objeto del contrato de seguro suscrito entre Dumian Medical SAS y La Previsora S.A. Compañía de Seguros, se definió en los siguientes términos:

**OBJETO DEL SEGURO**

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



Jacqueline Romero Estrada

Firma de abogados S.A.S

Como se observa, de manera clara, precisa y sin lugar a distintas interpretaciones, se determinó que los eventos susceptibles de amparo debían ser **reclamados durante la vigencia de la póliza.**

De ese modo, es claro que, si no se cumplen los presupuestos establecidos para que opere el contrato de seguro, mi procurada no está obligada a responder por la eventual condena en que incurra el demandado Dumian Medical SAS. Descendiendo al caso concreto, tenemos que si bien los hechos ocurren dentro del periodo de vigencia, lo cierto es que la primera reclamación formulada a la entidad Dumian Medical SAS ocurrió el **22 de julio de 2020**, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, adjunta por el extremo actor, de modo que dicha reclamación se surtió cuando el referido contrato ya no se encontraba vigente.

En cuanto a lo manifestado de la póliza suscrita con Liberty Seguros S.A., no me consta por ser una entidad diferente a mi representada La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

**AL HECHO SEXTO:** No es cierto como está redactado este hecho, se reitera que la sola vigencia de la póliza para el momento de los hechos, no significa que exista de manera automática una obligación indemnizatoria a cargo de mi procurada, pues esta solo surge cuando el siniestro efectivamente ocurre, conforme a los términos de la cobertura pactada, que para el caso en concreto fue contratada bajo la modalidad "Claims Made", deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos para que opere el amparo de las coberturas concertadas: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y segundo, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

En suma, en el caso que hoy nos ocupa, resulta imposible afectar el contrato de seguro que vincula a mi representada al proceso, habida cuenta de no concurrir los presupuestos necesarios para hacer efectivo el amparo concertado.

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

**PRIMERA:** Me opongo a que condene a mi representada a realizar el pago al que eventualmente resultara condenado el demandado Dumian Medical SAS, por cuanto si bien La Previsora S.A. Compañía de Seguros expidió el contrato de seguro documentado en la póliza número **1058383** vigente entre el **29 de noviembre de 2018 y el 29 de noviembre de 2019**, la modalidad de cobertura ofrecida fue *Claims Made*, cuyo periodo de retroactividad se extendió hasta el 30 de septiembre de 2014, que ampara - entre otras- la responsabilidad civil médica del asegurado,





Jacqueline Romero Estrada

Firmante en abogados S.A.S

sin embargo, es necesario advertir desde ya que el mentado contrato de seguro no ofrece cobertura para los hechos que dieron origen al presente litigio, como quiera que no concurren los presupuestos necesarios para que nazca obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora, de conformidad con la modalidad de cobertura .

En efecto, para que pueda afectarse el aludido contrato de seguro deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas, descendiendo al caso concreto, tenemos que si bien los hechos ocurren dentro del periodode vigencia, lo cierto es que la primera reclamación formulada la entidad Dumian Medical SAS ocurrió el **22 de julio de 2020**, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, adjunta por el extremo actor, de modo que dicha reclamación se surtió cuando el referido contrato ya no se encontraba vigente.

#### **EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

- **NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA EN LA PÓLIZA No. 1058383 Y POR LO TANTO, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS EN VIRTUD DE TAL CONTRATO**

Sin perjuicio de las manifestaciones hechas frente a la ineficacia del llamamiento en garantía, resulta importante manifestar al despacho que en cualquier evento, la Póliza No. **1058383**, con fundamento en la cual se vincula a mi representada al presente proceso, no ofrece cobertura para los hechos que se discuten en el mismo, como a continuación se evidencia:

De conformidad con el condicionado de la póliza en comento, expedida por mi representada para la vigencia comprendida entre el **29 de noviembre de 2018 y el 29 de noviembre de 2019**, la modalidad de cobertura ofrecida fue *Claims Made*, cuyo periodo de retroactividad se extendió hasta el 30 de septiembre de 2014.

Como ya es sabido, esta modalidad de contrato requiere no solo acreditar la realización del siniestro, en los términos del artículo 1131 del Código de Comercio, sino también, el presupuesto del cual se desprende que la



Jacqueline Romero Estrada

reclamación del mismo se efectuó durante la vigencia de la Póliza. Así, puntualmente, reiteró la Corte Suprema de Justicia recientemente<sup>2</sup>:

*De ahí que a más de la configuración del siniestro o realización del riesgo asegurado (art. 1072 del C.Co.), que en el seguro de responsabilidad tiene una regla especial (art. 1131 id.), **lo cierto es que cuando se ha pactado la forma de reclamación hecha (claims made), es menester el descubrimiento de la pérdida o el reclamo del perjudicado al asegurado o al asegurador, en el término de vigencia de la póliza que se hubiese acordado**, o en el plazo posterior convenido.*

Más adelante especificó:

*Consecuentemente, en el sistema tradicional el débito del asegurador surge con la ocurrencia de los hechos que generan la responsabilidad -siniestro-, dentro del término de vigencia de la póliza, sin atender el tiempo posterior en que se haga el reclamo, limitado tan sólo por los plazos de prescripción; **a diferencia de estas variantes de claims made, en que se requiere que además del siniestro en tiempo anterior o coetáneo al espacio temporal del amparo**, la reclamación se haga dentro del término específico y delimitado en el contrato, que en armonía con lo concertado, puede ser durante la vigencia de la póliza o en un periodo adicional y específico. (Énfasis propio).*

De todo lo anterior se concluye, sin lugar a duda, que tal modalidad de cobertura requiere la concurrencia necesaria de los presupuestos arriba indicados, esto es, la realización del siniestro en la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, y la reclamación de este en el período de vigencia.

De este modo, es claro que no puede afectarse la Póliza No. **1058383**, dado que, muy a pesar de haber ocurrido el hecho que dio base a la acción durante el periodo de vigencia, la reclamación solo se efectuó hasta el **22 de julio de 2020**, es decir, por fuera de la vigencia de la póliza, cuando se solicitó la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, según la Constancia, adjunta por el extremo actor.

- **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

Se propone esta excepción, con base en los supuestos fácticos y los fundamentos de derecho enunciados anteriormente, para señalar que con ocasión a la Póliza No. 1058383, expedida por mi representada, no puede nacer obligación indemnizatoria a cargo de La Previsora S.A.

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.





Jacqueline Romero Estrada

Compañía de Seguros, como quiera no se cumplieron los presupuestos legales a partir de los cuales surge la obligación de mi representada.

En efecto, la obligación indemnizatoria del asegurador es uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, sin embargo, esta solamente es exigible cuando ocurren todas las condiciones concertadas en el contrato de seguro. Así entonces, mal se haría en condenar a la Compañía Aseguradora por circunstancias fácticas que no materializan su obligación y por tanto, la responsabilidad que pretende endilgársele, habida cuenta de que no se reunieron los requisitos sine qua non para que nazca su deber de indemnización.

Para acreditar la presente excepción, basta con remitirse a los argumentos vertidos en las excepciones precedentes, las cuales acreditan la inexistencia de la obligación indemnizatoria que reclama la parte convocante, por carecer totalmente de sustento fáctico y jurídico.

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

• **LAS INDEMNIZACIONES POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES SE ENCUENTRAN SUBLIMITADAS EN EL CERTIFICADO NO. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058383**

Pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora y sin perjuicio de la inexistencia de cobertura de la póliza utilizada como fundamento de la convocatoria, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que entre la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS** como tomador, y mi representada, como asegurador, se celebró el contrato de seguro documentados en **EL CERTIFICADO No. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058383** se otorgó el amparo R.C. Clínicas y Hospitales con un límite asegurado de \$2.843.909.421 por vigencia, el cual opera con estricta sujeción a las demás condiciones de la póliza.

Conforme a las Condiciones Generales que hacen parte integrante de las pólizas citadas, dicho contrato de seguro amparaba, hasta la concurrencia de la suma asegurada, daños personales, materiales y perjuicios patrimoniales primarios proveniente de la responsabilidad civil extracontractual en que incurra el asegurado.

En efecto, el amparo de R.C. Clínicas y Hospitales se definió en las condiciones generales de la póliza, en los siguientes términos:

*“(...) SUBLÍMITES*



Jacqueline Romero Estrada

3. **Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.**

En ese orden de cosas, emerge con diamantina claridad que la póliza utilizada para la convocatoria de mi representada, ofrece cobertura para los perjuicios extrapatrimoniales con estricta sujeción a los sublímites asegurados antes transcritos, de manera que en el remoto evento de que prosperen las pretensiones de los actores en contra de entidad **DUMIAN MEDICAL SAS**, la obligación indemnizatoria de mi representada por perjuicios extrapatrimoniales está sublimitado a **\$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia**, siempre y cuando se acredite primero la responsabilidad del asegurado, la existencia de tales perjuicios y su cuantía, todo ello sin perjuicio de recalcar que los mencionados sublímites operan dentro del límite global asegurado y NO en exceso del mismo.

De conformidad con lo expuesto respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

- **APLICACIÓN DEL VALOR ASEGURADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA**

La Previsora S.A, Compañía de Seguros, en cumplimiento de las obligaciones del contrato de Seguros, solo responderá en caso de sentencia condenatoria, en concurrencia del valor asegurado; obligaciones que nacen solo en relación con las obligaciones amparadas con relación a su asegurado y de acuerdo a los amparos y valores asegurados en el **CERTIFICADO No. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1058383** con un valor asegurado de \$2.843.909.421.

Así mismo, en caso de Sentencia condenatoria en contra de la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS**, responderá, si existe disponibilidad del valor asegurado, dado que, con la misma póliza, se ha llamado a La Previsora en otros procesos que en caso de sentencias condenatorias en contra, agotaran el valor asegurado disponible, momento en el cual será responsable del 100% de la Sentencia de la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS**.

En consecuencia, La Previsora SA, solo atenderá los siniestros que afecten la póliza, siempre y cuando exista suma disponible asegurada de acuerdo al contrato de seguros, de lo contrario será de la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS**, el responsable del pago de la sentencia en su 100%.

- **DEDUCIBLE PACTADO EN EL CERTIFICADO No. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1058383**

Sin perjuicio de las excepciones ya propuestas, y pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar



Jacqueline Romero Estrada

que expresamente en la carátula del **CERTIFICADO No. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1058383**, se convino el siguiente deducible:

“(…)

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,843,909,421.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,843,909,421.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,843,909,421.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,843,909,421.00	SI	99,536,829.74
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00 \$ NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,843,909,421.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	10,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00 \$ NINGUNO			
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	20,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMLV NINGUNO			

(…)

Igualmente, en el Condición Cuarta de las condiciones generales del contrato de seguro, se estipuló:

“(…) 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/llos 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. (…)*”

En el hipotético caso que se establezca responsabilidad civil en cabeza de la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS** y eventualmente se condene a mi representada a reconocer los perjuicios alegados por los demandantes, debe tenerse en cuenta, que debe descontarse el porcentaje mínimo del daño indemnizable, el cual se descuenta del valor a indemnizar, que para el caso de marras corresponde al **10% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo \$8.000.000**, que es la porción que debe asumir el asegurado, este de la entidad **DUMIAN MEDICAL SAS**.

- **EXCLUSIONES PACTADAS EN EL CERTIFICADO NO. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058383**

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



Jacqueline Romero Estrada

Firma de abogados S.A.S

contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

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

La Ley 45 de 1990 en su artículo 84, que modificó el artículo 1127 ibídem, define el seguro de responsabilidad como aquel que:

*" (...) impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y que tiene como propósito el resarcimiento de la víctima (...) "* (Negrilla fuera del texto original)

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

Consecuentemente, si se configura cualquiera de las causales de exclusión aludidas, o las demás estipuladas tanto en las condiciones particulares, como en las condiciones generales del **CERTIFICADO NO. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058383**, debe exonerarse a la aseguradora que represento, de toda obligación indemnizatoria.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

#### • EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, a pesar de la ausencia de cobertura, como se expuso con antelación, debe hacerse énfasis en que la obligación 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, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato según su texto literal, y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, siendo éste el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y

<sup>3</sup>Cfr. Ossa. G. J. Efrén. Op Cit. Pág. 111



Jacqueline Romero Estrada

responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en particular, en su Artículo 1079 establece “(...) El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada. (...)”.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada 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.

La póliza utilizada como fundamento contractual de la convocatoria, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de la póliza.

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

Respetuosamente solicito declarar probada la presente excepción.

- **GENÉRICA Y OTRAS**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso ya sea frente a la demanda derivada de la Ley o el contrato de seguro utilizado para convocar a mi representada.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Invoco como fundamento de derecho la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Código General del Proceso, Código Civil artículos 64, 1494, 1603, 1618, Resolución 1995 de 1999, Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981 y demás normas concordantes y complementarias.



## **PRUEBAS**

### **DOCUMENTALES**

- POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1058383 CERTIFICADO No. 0 con vigencia desde 29 DE NOVIEMBRE DE 2018 HASTA EL 29 DE NOVIEMBRE DE 2019
- Clausulado general de la póliza

### **RATIFICACIÓN**

Solicito la ratificación de los siguientes documentos aportados por la parte actora:

- Formulario 2114633694396 de la DIAN, en el cual reposa la declaración de renta de la ciudadana SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA para el año 2019, respecto de la vigencia fiscal 2018.
- Certificado de ingresos de la señora SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA del año 2018, expedido por el contador público titulado Jorge Armando Ramos Lara, en el cual consta que en aquella vigencia tuvo ingresos de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$5.800.000).
- Certificado de ingresos de la señora SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA del año 2019, expedido por el contador público titulado Jorge Armando Ramos Lara, en el cual consta que en aquella vigencia tuvo ingresos de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000).

### **TESTIMONIAL**

Solicito al Despacho se sirva citar al señor JORGE ARMANDO RAMOS LARA en su condición de contador público, quien puede ser localizado en la Carrera 3 No. 6-71 La Plata Huila, correo: [Asesorías.at2016@gmail.com](mailto:Asesorías.at2016@gmail.com) o a través del abogado de los demandantes, para que el día y hora fijados absuelva el cuestionario relacionado con la elaboración de las certificaciones de ingresos de la Sra. SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA, así mismo solicito que con su testimonio aporte los documentos mediante los cuales soportó las certificaciones.

### **ANEXOS**

Los mencionados en el acápite de pruebas

### **A LA CUANTIA**



Jacqueline Romero Estrada

Me opongo a ella por ser improcedente y falta de sustento legal y probatorio

### **NOTIFICACIONES**

A mi poderdante LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y las demás partes reconocidas en el proceso se le puede notificar cualquier decisión en las direcciones ya conocidas en autos.

Las notificaciones personales las recibiré en su despacho o en mi oficina de Abogada ubicada en la Calle 29 No 27-40 oficina 604 edificio Banco de Bogotá de la ciudad de Palmira. Teléfono 2859637 Cel 317-6921134. Correo electrónico [firmadeabogadosjr@gmail.com](mailto:firmadeabogadosjr@gmail.com)

Del Señor Juez,

Atentamente,

**JACQUELINE ROMERO ESTRADA**

C.C No 31.167.229 de Palmira V.

T.P. No 89930 del C. S. de la J.



# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



## **CONDICIONES GENERALES**

PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, DENOMINADA EN ADELANTE PREVISORA Y EL TOMADOR, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE EL TOMADOR HA HECHO EN LA SOLICITUD, HAN CONVENIDO EN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO, CONFORME LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE CONSIGNEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS Y/O ENDOSOS.

TODOS Y CADA UNO DE LOS AMPAROS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE EXPIDEN BAJO LA MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADO POR RECLAMACIÓN, CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTÍCULO 4º. DE LA LEY 389 DE 1997.

LOS TÉRMINOS Y/O PALABRAS QUE SE ENCUENTRAN EN NEGRILLA A LO LARGO DE LA PÓLIZA ESTÁN DEFINIDOS BIEN DENTRO DEL TEXTO QUE DESCRIBE CADA COBERTURA O EN LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES) DE ESTA PÓLIZA Y DEBEN SER ENTENDIDAS DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN.

LOS TÍTULOS Y SUBTÍTULOS QUE SE UTILIZAN A CONTINUACIÓN SON EstrictAMENTE ENUNCIATIVOS Y POR LO TANTO DEBEN SER INTERPRETADOS DE ACUERDO AL TEXTO QUE LOS ACOMPAÑA.

## **1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS**

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

### **1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA**

- a) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE ESTE INCURRA, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES, TODOS ELLOS LEGALMENTE HABILITADOS E INTERVINIENTES EN LA PRESTACIÓN DE

## **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

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 CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

- 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 QUE HAYAN SIDO ATENDIDAS POR ESTE SERVICIO, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

### **1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**

- a) PREVISORA RECONOCERÁ HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO DIFERENTE A UNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y QUE OCASIONE 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 DE SALUD PROPIAS DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) IGUALMENTE PREVISORA SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD DE SALUD 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 SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



## **1.3 GASTOS DE DEFENSA**

### **1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO**

PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, PAGARÁ LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR PREVISORA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

### **1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO**

PARA LOS PROCESOS PENALES, LOS GASTOS Y COSTOS JUDICIALES INCURRIDOS, TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA CITACIÓN A AUDIENCIA DE FORMULACIÓN DE IMPUTACIÓN, Y SE PAGARÁN POR REEMBOLSO UNA VEZ SEA PROFERIDA SENTENCIA DEFINITIVA O FALLO QUE FINALICE EL PROCESO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO: (i) HUBIERE SOLICITADO AUTORIZACIÓN PREVIA A PREVISORA PARA INCURRIR EN DICHOS GASTOS Y ESTOS HAYAN SIDO AUTORIZADOS POR ESCRITO, Y (ii) FUERE DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL FUESE SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

EN LOS DEMÁS CASOS LOS GASTOS DE DEFENSA SE RECONOCERÁN Y PAGARÁN AL MOMENTO DE SU APROBACIÓN POR PREVISORA, HASTA EL MONTO AUTORIZADO DE LOS MISMOS, APROBACIÓN QUE DEBERÁ SURTIRSE EN TODOS LOS CASOS DE FORMA PREVIA A CUALQUIER ACUERDO QUE REALICE EL ASEGURADO CON SU ABOGADO.

### **1.3.3 OTROS COSTOS DE PROCESOS QUE PROMUEVA LA VÍCTIMA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE PREVISORA**

PREVISORA RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN CONTRA DEL ASEGURADO, SALVO QUE LA RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PRESENTE PÓLIZA O PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO, O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE PREVISORA. EN EL CASO DE SER CONDENADO EL ASEGURADO A PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN A LA VÍCTIMA EN CANTIDAD SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA, LOS GASTOS Y COSTAS DEL PROCESO CORRERÁN POR PREVISORA ÚNICAMENTE EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA POR LA CONDENA EN FUNCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

### **1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES**

PREVISORA RECONOCERÁ LOS GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCITAR DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

# **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



LA CONTRATACIÓN DE ESTA COBERTURA NO IMPLICA EN NINGÚN CASO LA OBLIGACIÓN PARA PREVISORA DE OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE.

EN TODOS LOS CASOS, LOS COSTOS DE CAUCIONES SÓLO SE RECONOCERÁN EN LA MEDIDA EN QUE DICHOS CONCEPTOS HUBIEREN SIDO PREVIA Y EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR PREVISORA. EL RECONOCIMIENTO DE DICHOS COSTOS SE REALIZARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LOS MISMOS.

## **1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES**

LA RESPONSABILIDAD POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

## **1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES**

EL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS CONTADOS DESDE EL VENCIMIENTO O TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN POR PRIMERA VEZ CONTRA EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO EL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD QUE HUBIERE SIDO EXPRESAMENTE PACTADO Y OTORGADO.

EL AMPARO DE EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DE PREVISORA DICHOS RECLAMOS.

LOS LÍMITES DE COBERTURA CONTRATADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, SON LOS MISMOS QUE REGISTRARÁN PARA EL AMPARO DEL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, ES DECIR, DICHO AMPARO NO ALTERARÁ EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ACORDADO EN LA PÓLIZA, NI EL ALCANCE, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS.

EL ASEGURADO ESTARÁ FACULTADO PARA CONTRATAR ESTA COBERTURA EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO, BIEN SEA POR SU DECISIÓN O POR LA DE PREVISORA, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ANEXAS A LA MISMA Y CON SUJECCIÓN A LOS DEMÁS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO EN CASO DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO, DEBIDO A FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

ES CONDICIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO, QUE LA MISMA SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES ANTERIORES A LA FECHA DE TERMINACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



DE IGUAL FORMA, EN EL EVENTO QUE EL CONTRATO SEA REVOCADO O NO RENOVADO POR PREVISORA, ESTA EXTENSIÓN DEBERÁ SER SOLICITADA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE AVISO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN.

CUMPLIDAS TODAS LAS CONDICIONES ANTERIORES CONTENIDAS EN ESTE NUMERAL, PREVISORA:

- NO PODRÁ NEGARSE A OTORGAR EL AMPARO Y EMITIR EL ANEXO Y/O CERTIFICADO RESPECTIVO.
- NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- MANTENDRÁ VIGENTE EL AMPARO 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 LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

A FIN DE CALCULAR LA PRIMA POR EL AMPARO PARA LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMACIONES, PREVISORA UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE SOLICITUD DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO.

IGUALMENTE, PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTARE POR LA NO CONTRATACIÓN DEL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A RECLAMACIONES NO INICIADAS EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA; LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA, SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EN CASO DE QUE EL TOMADOR, ESTANDO VIGENTE EL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, CONTRATASE OTRA PÓLIZA DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA, SEA CON PREVISORA O CUALQUIER OTRA ASEGURADORA, LA COBERTURA BRINDADA POR DICHO PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES OPERARÁ SIEMPRE EN EXCESO DE DICHA OTRA PÓLIZA.

## **2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES**

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA RECLAMACIONES Y/O INDEMNIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LOS DIRECTORES Y/O ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.



**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 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 LOS PACIENTES.
4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES 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, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES 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 HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
6. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
7. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 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. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
8. 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.
9. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
10. TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
11. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

12. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
13. 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.
14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, Y/O CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
15. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
16. CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
17. CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
18. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES 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.
19. RECLAMOS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
20. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



21. DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
22. DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA, CONTROL O TENENCIA 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.
23. 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.
24. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
25. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO O VINCULADOS A TRAVÉS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS U OTRA MODALIDAD.
26. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
27. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
28. 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.
29. 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.
30. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
31. HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
32. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



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.
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.
35. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
36. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
37. 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.
38. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDA FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
39. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
40. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
41. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
42. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
43. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

44. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

**3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES**

- a) Asegurado: Es el establecimiento médico asistencial que presta el servicio médico de salud, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza. Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.
- b) Beneficiario: Persona natural que tiene derecho a recibir la indemnización, en su calidad de paciente y/o esté legalmente legitimado para reclamar un perjuicio, derivado del daño ocasionado al paciente.
- c) 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.
- d) Servicios Profesionales en la atención de la Salud de los pacientes: Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. Dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.
- e) Daños Materiales: Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- f) Lesiones Corporales: Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- g) Costas, Gastos, Intereses y Honorarios: Los intereses moratorios, las costas, gastos y honorarios incurridos por el ASEGURADO 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.
- h) Fecha de Retroactividad: Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Eventos, esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y PREVISORA, en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.



**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



- i) Indemnización: Pago efectuado según lo estipulado en la póliza de seguro, por concepto de daños y/o perjuicios amparados por la presente póliza, la cual no puede superar el importe del límite de valor asegurado (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- j) Paciente: Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios de salud y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos, diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- k) Reclamo: Cualquier acción judicial o extrajudicial, realizada contra el asegurado o su Asegurador, efectuado por primera vez durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad otorgado, como consecuencia de un perjuicio causado por éste, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por una prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o evento.

Todas las Reclamaciones derivadas de la misma prestación del servicio de salud o Evento efectuadas a una o varias personas, se considerarán como una sola Reclamación, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las Reclamaciones haya sido presentada.

Así mismo, la serie de prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Evento que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia o situación se considerarán una sola Reclamación, sin importar el número de reclamantes y/o Reclamaciones formuladas, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad.

#### **4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD**

El límite máximo de responsabilidad, asumido por PREVISORA al producirse el evento amparado, será el que se encuentra estipulado en la carátula de la presente póliza.

Si se presentaren varias reclamaciones contra el asegurado durante la vigencia de la póliza, la responsabilidad máxima de PREVISORA, por ningún motivo podrá exceder, los límites globales indicados en la carátula de la presente póliza.

Cuando en una cláusula o amparo adicional se estipule un sublímite por persona o por evento o por vigencia, tal sublímite será el límite máximo de indemnización que le aplique a dicha cobertura, la cual hará parte del límite asegurado global de la póliza.

Este límite asegurado se reducirá en igual cantidad del monto indemnizado y no habrá restablecimiento automático del valor asegurado.

Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos a consecuencia de distintos servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o eventos, 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 el cual comprende los valores indicados de manera individual para cada cobertura.

## **5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO**

Corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales.

A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente, por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento del mismo, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo.

## **6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE**

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza.

## **7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA**

De acuerdo con el artículo 1066 del C. de Co. el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza.

La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

## **8 CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO O DE TENER CONOCIMIENTO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO**

A. En caso de Siniestro o de tener conocimiento de Reclamaciones, el Asegurado, está obligado a:

- Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las Reclamaciones de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
- Dar noticia a PREVISORA de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial formulada en su contra. La noticia deberá darse dentro de los (3) tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer dicha situación y deberá incluir la siguiente información:

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la prestación de servicios profesionales de atención en la salud a los pacientes;
  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 la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes además del Asegurado.
- No asumir ninguna responsabilidad ni conciliar o transigir ninguna Reclamación, ni incurrir en ningún costo o gasto de los que estarían cubiertos por esta póliza sin el consentimiento escrito de PREVISORA.
- B. Si durante la vigencia de la póliza o del Periodo Extendido para Reclamaciones, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un Siniestro o a generar una Reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal anterior.

En caso que con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza efectivamente se formalice una Reclamación derivada de los hechos o circunstancias que fueron notificados a PREVISORA en la forma establecida en este numeral, dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en el mismo momento en que los hechos y circunstancias que la originaron fueron debidamente notificados o avisados a LA PREVISORA razón por la cual la cobertura procederá bajo la póliza que se encontraba vigente en ese momento.

- C. En caso de Siniestro, el Asegurado, deberá informar a PREVISORA, de los seguros coexistentes, con indicación de la aseguradora y de la suma asegurada de los mismos.

En todo caso, el incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes, conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

- D. En caso de que el Tercero damnificado y/o beneficiario exija directamente a PREVISORA indemnización por los daños ocasionados por el Asegurado, deberá éste proporcionar todas las informaciones y pruebas pertinentes que PREVISORA solicite con relación a la ocurrencia del hecho y la cuantía que motiva la acción del Tercero perjudicado.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



El incumplimiento de cualquiera de las anteriores obligaciones por parte del Asegurado, según fuere, legitimará a Previsora, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio, para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado.

**9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO**

PREVISORA tendrá derecho de encargarse y de dirigir, en nombre del Asegurado, la defensa o negociaciones tendientes a conciliación o transacción de las Reclamaciones, o a formular en nombre del Asegurado y en su propio beneficio, demanda de reconvención o llamamiento en garantía con el fin de obtener compensación de terceros.

PREVISORA no conciliará ni transará ninguna Reclamación, ni podrá hacer acuerdos conciliatorios con Terceros, sin el consentimiento del Asegurado. En caso, que este último rehúse consentir un acuerdo conciliatorio que haya podido adelantar Previsora con los Terceros o rechacen la oferta de PREVISORA en cuanto a conciliar o transar una Reclamación, la responsabilidad de PREVISORA no excederá del importe de la conciliación o transacción propuesta, incluyendo los costos y gastos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo conciliatorio o la oferta por parte del Asegurado.

No obstante lo anterior, el Asegurado queda autorizado para incurrir en los gastos razonables que fueren necesarios para proteger evidencias o resguardar su posición frente a eventuales Reclamaciones, si por las circunstancias en que se presenten los hechos no fuere posible obtener el consentimiento de PREVISORA de manera oportuna.

**10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO**

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

- 1) Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- 2) Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- 3) Transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- 4) Tomar las medidas que considere convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del asegurado.
- 5) Beneficiarse con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el asegurado.

## **11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN**

La presente póliza no se renovará automáticamente. PREVISORA estudiará los términos y condiciones de la renovación al recibir solicitud en ese sentido. La solicitud deberá hacerse por escrito con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza.

## **12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: 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.

Este 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 (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el Tomador, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a Previsora.

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

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

## **13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

PREVISORA pagará al asegurado o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio.

De conformidad con lo previsto por el artículo 1110 del Código de Comercio, PREVISORA, adicional a pagar la indemnización en dinero tiene el derecho, si lo estima conveniente, de reconstruir, reponer o reparar los bienes asegurados destruidos o dañados o cualquier parte de ellos.



#### **14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.**

El Asegurado o el Beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

1. Cuando la reclamación presentada ante Previsora fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.
2. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes sobre los mismos intereses asegurados.
3. Cuando renuncien a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro, sin el previo consentimiento escrito de Previsora.

#### **15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS**

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Previsora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Previsora, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

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

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

## **16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO**

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el asegurado o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a Previsora los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

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

Notificada la modificación del riesgo 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 sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a Previsora para retener la prima no devengada.

Así mismo, el Tomadora o el Asegurado podrán, durante la Vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto PREVISORA, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada segunda la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

## **17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN**

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1096 a 1099 del Código de Comercio en virtud del pago de la indemnización, PREVISORA se subroga, por ministerio de la ley y hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del Siniestro.

El Asegurado, a petición de PREVISORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsables de los perjuicios que le acarree a PREVISORA su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación.

PREVISORA podrá repetir contra el Asegurado el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción por el perjudicado o sus derecho habientes, cuando se descubra que el daño o perjuicio causado al Tercero se debió a conductas dolosas del Asegurado.

## **18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN**

- a) 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.
- b) De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del “paciente” y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

También, PREVISORA podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de tres (3) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

## **19 CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CARÁCTER COMPLEMENTARIO DE LA COBERTURA Y COEXISTENCIA DE SEGUROS**

En caso de que el amparo otorgado por esta póliza concorra con el otorgado por otras pólizas que amparen el mismo riesgo, PREVISORA sólo será responsable del pago de la indemnización en exceso del monto cubierto por los demás seguros contratados. En el evento de existir en dichas pólizas una cláusula en el sentido aquí expresado, se aplicarán las reglas referentes a la coexistencia de seguros, previstas en el artículo 1.092 del Código de Comercio, con arreglo a las cuales, los diversos aseguradores deberán soportar la indemnización en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe.

## **20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN**

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimientos del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

## **21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES**

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares y/o especiales, a menos que se defina de otra manera.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



En caso de que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales, se entenderá que los límites territoriales corresponden únicamente a la República de Colombia.

**22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE**

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio.

Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el tomador y/o asegurado y Previsora con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ya sea ante justicia ordinaria o la arbitral, en caso de que se pacte cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

**23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS**

Esta póliza y cualquiera de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de Previsora.

**24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO**

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

**25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

**26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

El tomado y/o asegurado se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por Previsora y, que resulta, de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

**RCP-006-005**



Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador y/o asegurado, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a Previsora, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato.

Es requisito para la renovación del seguro que, el tomadora y/o asegurado diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o asegurado, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que Previsora suministrará para tal efecto.

**27 CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL/  
CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO**

Previsora incluirá los datos de carácter personal y todos los datos posteriores, que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en una base de datos por la que es y será responsable. La finalidad del tratamiento de dicha información será la prestación del contrato de seguro y el posible envío de información comercial y publicitaria sobre sus productos y servicios.

El tomador y/o asegurado autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude.

El tomador y/o asegurado podrán hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a Previsora, a la dirección que aparece en la presente póliza, de acuerdo con lo establecido en las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el tomador facilite a Previsora información relativa a asegurados o terceros, dicho suministro se hará bajo el entendido de que dichos asegurados y/o terceros han manifestado previamente su autorización al tomador para que sus datos personales le sean comunicados a Previsora con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

El tomador y/o asegurado autorizan a Previsora para que consulte, solicite, obtenga, transfiera, transmita, informe, conserve en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo del sector financiero, bursátil, asegurador, de la seguridad social, fiscal o industrial, nacional o internacional, toda la información, confidencial o no, obtenida o que le haya sido suministrada, o que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad haya celebrado así como sobre novedades, referencias comerciales y bancarias, manejo de pólizas y demás servicios que surjan de sus relaciones comerciales con Previsora y con terceros.



PÓLIZA N°

1058383

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

## 13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 30 MES 11 AÑO 2018			CERTIFICADO DE EXPEDICION			N° CERTIFICADO 0			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO		
TOMADOR 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S. DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA									NIT 805.027.743-1 TELÉFONO 5141810								
ASEGURADO 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S. DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA									NIT 805.027.743-1 TELÉFONO 5141810								
EMITIDO EN BOGOTA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DÍA MES AÑO A LAS						NÚMERO DE DÍAS			
MONEDA Pesos																	
TIPO CAMBIO 1.00			3202	32	30 11 2018			29 11 2018 00:00						29 11 2019 00:00 365			
CARGAR A: DUMIÁN MEDICAL S.A.S									FORMA DE PAGO 4. 30 DÍAS			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,843,909,421.00					

Riesgo: 1 -  
KR 36 A 6 42, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,843,909,421.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,843,909,421.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,843,909,421.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,843,909,421.00	SI	99,536,829.74
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00	\$	NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,843,909,421.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	10,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 8,000,000.00	\$	NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	20,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV	NINGUNO		

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 6665200008

100.000 % NO APLICA

RCP-006-5 - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA I

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

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

PRIMA	\$***99,536,829.74
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**18,911,997.65

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$\*118,448,827.39

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

08/10/2021 16:15:58

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	% COMISIÓN
				1065	1	MDM ASESORES DE SEGURO	

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**  
**No.1058383 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE EXPIDE LA POLIZA ARRIBA CITADA DANDO CONTINUIDAD A LA POLIZA 1055815 Y SE MANTIENE LA RETROACTIVIDAD DE LA MISMA.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES  
TOMADOR NOMBRE: DUMIAN MEDICAL S.A.S.  
NIT: 805.027.743-1  
DIRECCIÓN: KRA 36 A # 6 ? 42

ASEGURADOS NOMBRE: DUMIAN MEDICAL S.A.S.  
NIT: 805.027.743-1  
DIRECCIÓN: KRA 36 A # 6 ? 42

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS  
CIUDAD: CALI  
VIGENCIA: DOCE MESES, DESDE LA FECHA EN QUE LA PRESENTE  
PROPUESTA SEA ACEPTADA POR EL ASEGURADO

**OBJETO DEL SEGURO**

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

**INTERES ASEGURABLE:**

Contrato CN01 0132 2014 de fecha 30 de Septiembre de 2014 suscrito entre la Caja de Previsión Social de Comunicaciones Caprecom y Unión Temporal Ducot conformada por Dumian medical SAS. y Cosmitet Ltda. Corporación de Servicios Médicos internacionales Them y Cia Ltda cuyo objeto es la administración y operación de la Clínica anteriormente denominada Henrique de la Vega, bajo la exclusiva dirección, responsabilidad y plena autonomía administrativa y financiera del contratista, para la prestación de servicios de salud en la Clínica, durante quince (15) años o hasta la fecha en que haga uso de la opción de compra.

jueves, 29 de noviembre de 2018  
ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud  
MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE  
CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-5  
RETROACTIVIDAD: 30/09/2014  
ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia  
JURISDICCIÓN: Colombia  
LÍMITE ASEGURADO: \$ 2.843.909.421 por evento y por vigencia  
COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 3.5% + IVA

**DEDUCIBLES:**

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

**SUBLÍMITES**

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$150.000.000 por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a \$10.000.000 por evento y \$50.000.000 por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como ?pacientes? del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

**AMPAROS**

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

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**  
**No.1058383 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier ?acto médico? derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.

2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al ?acto médico?, en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u Comisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsor se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

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

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

5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

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

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

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

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

10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el ?evento?, que diera origen a los ?daños materiales? y/o ?lesiones corporales? alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.

b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

**EXCLUSIONES**

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

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

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

3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**  
**No.1058383 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a ¿pacientes? en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente?. de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente?.
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. Amparo para nuevos predios y operaciones.
22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

**CONDICIONES PARTICULARES.**

1. Revocación de la póliza, 30 días
  2. Ampliación de aviso de siniestro, 30 días
  3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
  4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
    - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
    - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
    - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
    - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como ¿pacientes? del asegurado.
5. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
  6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
  7. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
  8. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
  9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
  10. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1058383 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

11. La presente oferta comercial tendrá validez de 10 días calendario. En caso de presentarse un evento siniestral o cualquier otra circunstancia que modifique las condiciones del riesgo, la presente oferta quedará sin validez automáticamente

# IDENTIFICACION DEL PAGO

POLIZA No. 1058383

CERTIFICADO No. 0



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

**LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554**

**Ramo**  
RESPONSABILIDAD CIVIL

**Sucursal**  
CENTRO EMPRESARIAL CORPORATIVO

<b>Valor Prima</b>	<b>Valor IVA</b>	<b>Tomador</b>
\$99,536,829.74	\$18,911,997.65	2726366 - DUMIAN MEDICAL S.A.S.

<b>F. Pago</b>	<b>Gastos</b>	<b>Valor Prima</b>	<b>Valor IVA</b>	<b>F. Pago</b>	<b>Gastos</b>	<b>Valor Prima</b>	<b>Valor IVA</b>
22/05/2019	\$*****0.00	\$**99,536,829.74	\$**18,911,997.65				

## APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

## CONVENIO DE PAGO: 4. 30 DIAS



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

## CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y DUMIAN MEDICAL S.A.S.

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 118,448,827.39, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	22/05/2019	\$*****0.00	\$**99,536,829.74	\$**18,911,997.65					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1058383	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	\$2,843,909,421.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de BOGOTA a los 30 días del mes de NOVIEMBRE de 2018

## AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA, para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS  
GERENTE

## APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 2293716688401638**

Generado el 13 de septiembre de 2021 a las 11:20:19

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

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

**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.

Escritura Pública No 0431 del 05 de marzo de 2004 de la Notaría 22 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

**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. - **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES.** Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía a) Formular la política general de la compañía, el modelo integrado de planeación y gestión y los planes y programas, de conformidad con la ley y bajo las directrices de la Junta Directiva b) Orientar y dirigir los planes y programas que debe desarrollar la compañía según su objeto, las directrices de la Asamblea de Accionistas y de la Junta Directiva y las políticas de Gobierno Nacional c) Impartir directrices para la ejecución de las actividades comerciales de la compañía d) Ejercer la representación legal de la compañía e) Constituir mandatarios que representen a la compañía en los asuntos judiciales y extrajudiciales f) Presentar los estados financieros a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva en los plazos y términos señalados en la ley y los Estatutos g) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo con lo señalado en los Estatutos y en las demás normas que regulen la materia h) Proponer a la Junta Directiva los proyectos de organización interna, escalas salariales y planta de personal de los trabajadores oficiales i) Distribuir los cargos de la compañía en las diferentes dependencias y ubicar el personal teniendo en cuenta la estructura, los planes, los programas y las necesidades del servicio de la compañía, mediante acto administrativo, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos j) Someter a aprobación de la Junta, Directiva el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos de la compañía de acuerdo con lo señalado en la ley y en los Estatutos de la compañía k) Ordenar los gastos con cargo al presupuesto de la compañía, de acuerdo con las normas sobre la materia l) Celebrar los contratos que requiera la compañía para su normal funcionamiento de conformidad con

## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 2293716688401638**

Generado el 13 de septiembre de 2021 a las 11:20:19

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

las disposiciones legales vigentes m) Ejercer el control administrativo sobre la ejecución del presupuesto de la compañía n) Conocer y fallar en segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten contra los trabajadores y ex trabajadores de la compañía ñ) Adoptar el Reglamento Interno de Trabajo, los manuales de políticas, procesos y procedimientos y los necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la compañía o) Dirigir la implementación del Sistema de Gestión Integral, garantizar el ejercicio de control interno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones p) Delegar previa autorización de la Junta Directiva alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los Vicepresidentes, Secretario General, Gerentes de Casa Matriz y de Sucursales y/o en otros cargos de manejo y confianza q) Crear los grupos internos de trabajo que se requieran, según las necesidades de la compañía y determinar sus funciones para optimizar el funcionamiento de la Entidad r) Las demás funciones que le señale la ley, los Estatutos, la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y las demás disposiciones que le sean aplicables s) Crear las dependencias, agencias y sucursales que considere necesarias, previa autorización de la Junta Directiva, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos. VICEPRESIDENTES Y SECRETARIO GENERAL. La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Los Vicepresidentes y el Secretario General tendrán en el ejercicio de sus funciones asignadas, delegadas y otorgadas en encargo, la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. Ejercerán las atribuciones y cumplirán con los deberes que le señale el Presidente y desempeñarán las funciones que en ellos delegare éste, de acuerdo con lo previsto en estos estatutos. 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, en tal carácter deberá atender todo lo relacionado con estas materias y ejercer las demás funciones que le delegue o encargue el Presidente de la Sociedad de quien dependerá directamente. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. ARTÍCULO 59. DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES: La sociedad tendrá los gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía previa aprobación de la Junta Directiva; para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de éstos, participar en procesos de contratación directa, concursos e invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera, jurídica, de seguros y comercial, de conformidad con las facultades que le sean delegadas y/u otorgadas en encargo. Los subgerentes de sucursal serán suplentes de sus correspondientes gerentes. En aquellas sucursales en las cuales no existe el cargo de subgerente de sucursal, será designado otro funcionario como suplente del gerente. De igual manera y de conformidad con lo indicado en el Decreto 1808 de 2017, Decreto 580 de 2019, Decreto 1996 de 2017 o aquella norma que los modifique, adicione o sustituya y la Resolución No. 043 - de 2019 expedida por La Previsora S.A. o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así: VICEPRESIDENTE JURÍDICO; GERENTE DE LITIGIOS; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial de la compañía, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. GERENTE DE TALENTO HUMANO; SUBGERENTE DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL: Ejercer como representante legal de la compañía, en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera; GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMÓVILES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. Así mismo, representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas por siniestros, con la facultad de conciliar y transar en los términos autorizados por el Comité de Defensa Judicial y Conciliación. SUBGERENTE DE RECOBROS Y SALVAMENTOS: Representar a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial; SUBGERENTE DE PROCESOS JUDICIALES, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMINISTRATIVOS: Representar a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar; GERENTE JURÍDICO: Ejercer por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía. (Escritura Pública No. 2611 del 21 de mayo de 2021, Notaría 72 de Bogotá D.C.)

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

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.  
 Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01  
[www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co)



El emprendimiento  
es de todos

Minhacienda

## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 2293716688401638**

Generado el 13 de septiembre de 2021 a las 11:20:19

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

<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>	<b>CARGO</b>
Álvaro Hernán Vélez Millán Fecha de inicio del cargo: 07/07/2020	CC - 6357600	Presidente
Benjamín Galán Otálora Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018	CC - 80425713	Vicepresidente Financiero
María Elvira Mac-douall Lombana Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019	CC - 39688259	Vicepresidente Técnica
Gelman Rodriguez Fecha de inicio del cargo: 19/08/2021	CC - 80373854	Vicepresidente Jurídico
Verónica Tatiana Urrutia Aguirre Fecha de inicio del cargo: 15/02/2021	CC - 52333363	Secretaria General encargada
Rafael Humberto Rubiano Jiménez Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021	CC - 4276026	Vicepresidente Comercial Encargado
José Bernardo Alemán Cabana Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018	CC - 79672347	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro
Sandra Patricia Pedroza Velasco Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51995365	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones SOAT, Vida y Accidentes Personales
Miguel Escobar Botero Fecha de inicio del cargo: 19/02/2021	CC - 1152195263	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Norte
Adriana Orjuela Martínez Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51981720	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos
Paola Andrea Gómez Mesa Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 52266729	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles
Andrés Lozano Karanauskas Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021	CC - 79955214	Vicepresidente de Desarrollo Corporativo
Gloria Lucía Suarez Duque Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018	CC - 52620196	Vicepresidente de Indemnizaciones
Gina Patricia Cortes Paez Fecha de inicio del cargo: 11/12/2018	CC - 33703256	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Procesos Judiciales
Olga Lucía Murgueitio Bustos Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 52095575	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Generales y Patrimoniales

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**Certificado Generado con el Pin No: 2293716688401638**

Generado el 13 de septiembre de 2021 a las 11:20:19

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

<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>	<b>CARGO</b>
Luz Mery Naranjo Cárdenas Fecha de inicio del cargo: 20/09/2018	CC - 39544204	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal
Carlos Javier Guillén González Fecha de inicio del cargo: 11/07/2019	CC - 1010181959	Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos
Verónica Tatiana Urrutia Aguirre Fecha de inicio del cargo: 07/01/2021	CC - 52333363	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en calidad de Gerente de Talento Humano
Joan Sebastián Hernández Ordoñez Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019	CC - 1014214701	Representante Legal Judicial y Administrativo en Calidad de Subgerente de Litigios

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Agrícola, (con Circular Externa 008 del 21 de abril de 2015 se incorpora este ramo, en el ramo de Seguro Agropecuario. Así las cosas, el ramo de seguro Agropecuario estará conformado por los ramos Agrícola, semovientes, así como otros relacionados con recursos naturales, vegetales y animales), 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

Resolución S.F.C. No 1003 del 10 de agosto de 2018 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para operar el ramo de Seguros de Pensiones, hoy denominado Seguros de Pensiones Voluntarias

*Mónica Andrade Valencia*

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA  
SECRETARIO GENERAL**

"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."