

CONTESTACIÓN LLG DE CHUBB SEGUROS S.A./ PROCESO RAD: 2020-141/ DTE: SUR MARGARITA / DDO: CLÍNICA LA ESTANCIA Y OTROS

CLAUDIA MILENA CARVAJALINO <juridica@arenaschoa.com>

Vie 30/07/2021 9:57 AM

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

 1 archivos adjuntos (2 MB)

CONTESTACION 2020-141 (2).pdf;

Señores

JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

E. S. D.

REF. CONTESTACIÓN DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

RAD. 19001333300820200014100

DTE. SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA Y OTROS

DDO. CLÍNICA LA ESTANCIA S.A Y OTROS

LLAMADO EN GARANTÍA: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.543.602 de Bucaramanga, portador de la Tarjeta Profesional No. 162.416 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., legalmente constituida, identificada con NIT número 860.026.518-6, de manera atenta acudo a su despacho judicial y encontrándome dentro del término procesal, me permito CONTESTAR LLAMAMIENTO EN GARANTÍA, formulado por CLÍNICA LA ESTANCIA S.A por lo que me permito adjuntar escrito completo en PDF acompañado de sus correspondientes anexos.

-

SERGIO ARENAS

Director Ejecutivo 57- (097) + 6334454 - 6334450

57- (037) + 3162584882

juridica@arenaschoa.com

www.arenaschoa.com

Calle 35 No. 17-56 Piso 8 Edif. Davivienda, Bucaramanga - Col.

Carrera 42a No. 1-25 Torre 4 Oficina 305 Centro Empresarial San Fernando Plaza Barrio El Poblado, Medellín - Col

Señores

JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

E. S. D.

REF. CONTESTACIÓN DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

RAD. 19001333300820200014100

DTE. SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA Y OTROS

DDO. CLÍNICA LA ESTANCIA S.A Y OTROS

LLAMADO EN GARANTÍA: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.543.602 de Bucaramanga, portador de la Tarjeta Profesional No. 162.416 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., legalmente constituida, identificada con NIT número 860.026.518-6, de manera atenta acudo a su despacho judicial y encontrándome dentro del término procesal, me permito CONTESTAR LLAMAMIENTO EN GARANTÍA, formulado por CLÍNICA LA ESTANCIA S.A en los siguientes términos:

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

PRIMERO: No se admite, por cuanto es un hecho que pertenece a la esfera personal de la Sra Sur Margarita Muñoz. Por lo anterior, nos atenemos a lo que se logre probar dentro del proceso.

SEGUNDO: No se admite, por cuanto es un hecho que pertenece a la esfera personal de la Sra Sur Margarita Muñoz. Por lo anterior, nos atenemos a lo que se logre probar dentro del proceso

TERCERO: No se admite, pues no le consta a mi prohijada. De igual forma, se resalta que la demandante aporta como prueba de sus ingresos, dos certificados de contador, los cuales no son suficientes para demostrar la realidad de sus ingresos, pues no ofrecen mayor garantía sobre lo allí consignado. Sobre el particular, ampliaré mis observaciones en la objeción al juramento estimatorio.

CUARTO: No se admite. Los documentos adjuntos por la parte demandante, no son claros ni tampoco ofrecen garantía sobre la procedencia y cuantía de los ingresos de la Sra Sur Margarita Muñoz. Esto por cuanto la declaración de renta allegada si bien corresponde a los ingresos del 2018 y 2019, se presentaron con posterioridad a la atención médica reprochada. De manera adicional, se acompaña de dos certificaciones de contador, las cuales no son claras, pues no ofrecen garantía sobre los reales ingresos de la Sra Sur Margarita, dado que no anexan mayores soportes, movimientos bancarios, contratos, libros contables y otros que prueben que en efecto esa es la cantidad percibida por el año 2018 y 2019.

QUINTO: No se admite por cuando no le consta a mi prohijada, nos atenemos a lo que se logre probar dentro del proceso.

SEXTO: No se admite por cuanto es un hecho que pertenece a la esfera personal de la Sra Sur Margarita Muñoz. Por lo anterior, nos atenemos a lo que se logre probar dentro del proceso.

SÉPTIMO: No se admite por cuanto no le consta a mi prohijada los eventos que rodean el acaecimiento del accidente de la Sra Sur Margarita. Así mismo, tampoco le consta ninguna de las atenciones, autorizaciones, tratamientos ni procedimientos efectuados en las instalaciones de DUMIAN MEDICAL S.A.S.

OCTAVO: No se admite por cuanto las atenciones no se efectuaron por los galenos de nuestra asegurada ni tampoco en sus instalaciones. Por lo anterior, nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario.

NOVENO: No se admite por cuanto no es un hecho propiamente dicho sino que se trata de una remisión expresa a literatura médica. Valga resaltar que lo relacionado en este punto corresponde a información obtenida de internet, por lo que no es dable restar valor probatorio a lo consagrado en la historia clínica de la paciente, con esta información, máxime cuando nuestro asegurado CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. actuó con diligencia y brindó atención adecuada y oportuna a la Sra Sur Margarita Muñoz, para la condición que presentaba.

DÉCIMO: No se admite por cuando se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

UNDÉCIMO: No se admite, por cuanto se trata de la transcripción de la historia clínica de la paciente en una institución diferente a la de nuestra asegurada CLÍNICA ESTANCIA S.A.

DUODÉCIMO: No se admite por cuanto se trata de apreciaciones meramente personales de la parte actora. De manera adicional, a mi prohijada no le constan las atenciones de la Sra Sur Margarita en esta IPS por haberse realizado en institución diferente a la de nuestra asegurada. En ese sentido, nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario.

DÉCIMO TERCERO: No se admite por cuanto no se trata propiamente de un hecho sino de la transcripción de una historia clínica, por lo que nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario.

DÉCIMO CUARTO: No se admite por cuanto no se trata propiamente de un hecho sino de la transcripción de una historia clínica, por lo que nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario.

DÉCIMO QUINTO: No se admite por cuanto todas estas atenciones, exámenes y órdenes médicas efectuadas en este centro asistencial son desconocidas por mi prohijada, por lo que no atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario.

DÉCIMO SEXTO: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

DÉCIMO SÉPTIMO: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

DÉCIMO OCTAVO: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

DÉCIMO NOVENO: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

VIGÉSIMO: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

VIGÉSIMO PRIMERO: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

VIGÉSIMO SEGUNDO: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

VIGÉSIMO TERCERO: No se admite por cuando se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso. De manera adicional, por cuanto el hecho contiene afirmaciones y conclusiones personales de la parte actora, quien no cuenta con la experticia necesaria para realizar tales acusaciones respecto de la atención a la paciente.

VIGÉSIMO CUARTO: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

VIGÉSIMO QUINTO: No se admite por cuando se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso. De manera adicional, por cuanto el hecho contiene afirmaciones y conclusiones personales de la parte actora, quien no cuenta con la experticia necesaria para realizar tales acusaciones respecto de la atención a la paciente.

En ese sentido, nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario, del estudio de la historia clínica de la Sra Sur Margarita.

VIGÉSIMO SEXTO: No se admite por cuando se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso. De manera adicional, por cuanto el hecho contiene afirmaciones y conclusiones personales de la parte actora, quien no cuenta con la experticia necesaria para realizar tales acusaciones respecto de la atención a la paciente.

En ese sentido, nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario, del estudio de la historia clínica de la Sra Sur Margarita.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: No se admite por cuando se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso. De manera adicional, por cuanto el hecho contiene afirmaciones y conclusiones personales de la parte actora, quien no cuenta con la experticia necesaria para realizar tales acusaciones respecto de la atención a la paciente.

En ese sentido, nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario, del estudio de la historia clínica de la Sra Sur Margarita.

VIGÉSIMO OCTAVO: No se admite por cuando se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso. De manera adicional, por cuanto el hecho contiene afirmaciones y conclusiones

personales de la parte actora, quien no cuenta con la experticia necesaria para realizar tales acusaciones respecto de la atención a la paciente.

En ese sentido, nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario, del estudio de la historia clínica de la Sra Sur Margarita.

VIGÉSIMO NOVENA: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

TRIGÉSIMA: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada, así como también se trata de gestiones administrativas que son propias de la EPS a la cual estaba afiliada la paciente. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

TRIGÉSIMA PRIMERA: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada, así como también se trata de gestiones administrativas que son propias de la EPS a la cual estaba afiliada la paciente. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

TRIGÉSIMA SEGUNDA: No se admite por cuanto el hecho contiene apreciaciones subjetivas y conclusiones de la parte actora.

TRIGÉSIMA TERCERA: No se admite por cuanto se trata de atenciones y procedimientos efectuados en una institución que no es la de CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., nuestra asegurada. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del proceso.

TRIGÉSIMA CUARTA: No se admite, por cuanto no nos constan los términos en que se dió el traslado previo a Clínica Estancia S.A.

De otro lado, frente al ingreso a las instalaciones de nuestra asegurada CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., en efecto, se extrae de la Historia Clínica, que la paciente ingresa el 18 de Noviembre de 2019 a las 17:00 hrs.

TRIGÉSIMA QUINTA: No se admite, por cuanto no corresponde propiamente a un hecho sino a la transcripción de la historia clínica de la paciente, la cual en todo caso deberá ser valorada en su integridad.

TRIGÉSIMA SEXTA: No se admite por cuanto no corresponde a la realidad, la paciente no ingresó con una orden de cirugía, sino con una indicación de estudio angiográfico y ecográfico, el cual era necesario para definir la conducta a seguir.

TRIGÉSIMA SÉPTIMA: No se admite, por cuanto no coincide con la realidad. Si bien es cierto a la paciente se le realizó el examen en mención, las demás afirmaciones y reproches, deben ser plenamente probadas dentro del plenario, pues se trata de conclusiones personales de la parte actora.

TRIGÉSIMA OCTAVA: No se admite por cuanto el demandante sólo extrae algunos fragmentos de la historia clínica, a su conveniencia. Revisada la epicrisis, se tiene que a la paciente se le practicó el examen y de manera inmediata fue valorada por cirujano vascular.

TRIGÉSIMA NOVENA: No se admite por cuanto no es cierto. Según se extrae de la historia clínica, a la paciente se le había practicado el examen el 20 de noviembre de 2019.

CUADRAGÉSIMA: No se admite, pues el demandante realiza conclusiones personales sobre extractos de la historia clínica. Por este motivo, deberá valorarse en su integridad la epicrisis de la Sra Sur Margarita.

CUADRAGÉSIMA PRIMERA: No se admite pues el demandante nuevamente extrae apartes de la historia clínica, realizando comentarios subjetivos y personales y omitiendo referir otras anotaciones dentro de dicha historia, sobre la adecuada atención que se prestó a la Sra Sur Margarita.

CUADRAGÉSIMA SEGUNDA: No se admite pues el demandante nuevamente extrae apartes de la historia clínica, realizando comentarios subjetivos y personales y omitiendo referir otras anotaciones dentro de dicha historia, sobre la adecuada atención que se prestó a la Sra Sur Margarita.

CUADRAGÉSIMA TERCERA: No se admite pues el demandante nuevamente extrae apartes de la historia clínica, realizando comentarios subjetivos y personales y omitiendo referir otras anotaciones dentro de dicha historia, sobre la adecuada atención que se prestó a la Sra Sur Margarita.

CUADRAGÉSIMA CUARTA: No se admite por cuanto se trata de conclusiones personales del demandante, quien además no cuenta con la calidad técnica y científica requerida para realizar tales afirmaciones y endilgar tales reproches.

CUADRAGÉSIMA QUINTA: No se admite. No se trata propiamente de un hecho sino de conclusiones personales de la parte actora, quien no cuenta con soportes científicos para respaldar las afirmaciones que realiza.

CUADRAGÉSIMA SEXTA: No se admite por cuanto no corresponde propiamente a un hecho, sino a conclusiones personales de la parte actora, quien deberá probar lo allí manifestado.

CUADRAGÉSIMA SÉPTIMA: No se admite por cuanto no corresponde propiamente a un hecho, sino a conclusiones personales de la parte actora, quien deberá probar lo allí manifestado.

CUADRAGÉSIMA OCTAVA: No se admite por cuanto no corresponde propiamente a un hecho, sino a conclusiones personales de la parte actora, quien deberá probar lo allí manifestado.

CUADRAGÉSIMA NOVENA: No se admite en la forma redactada. La paciente presentaba un cuadro delicado debido al accidente que había sufrido y que había comprometido su salud. No obstante, nuestra asegurada CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. siempre le brindó la atención requerida, de manera diligente y oportuna, no obstante, por los mismos antecedentes de la paciente, así como por la gravedad de la lesión, fue necesario someterla a las diferentes intervenciones, las cuales estaban completamente indicadas y eran absolutamente necesarias para salvaguardar la vida de la paciente.

QUINCUAGÉSIMA: Es cierto. Sin embargo se resalta que era un acto que estaba totalmente indicado, dadas las condiciones de la paciente.

QUINCUAGÉSIMA PRIMERA: No se admite por cuanto no se acepta la forma en que se redactó. Si bien es cierto, la paciente presentó un cuadro atípico que ocasionó que fuese sometida a una cirugía de amputación, debe precisarse que esto no es a causa o a consecuencia de algún comportamiento culposos por parte de los galenos de la clínica LA ESTANCIA S.A. Todo lo contrario, a la paciente se le garantizó la atención con especialistas, la práctica de todos los exámenes clínicos y paraclínicos requeridos

durante su permanencia en la institución y además un pleno y adecuado monitoreo de su evolución.

QUINCUAGÉSIMA SEGUNDA: No se admite por cuanto no se acepta la forma en que se redactó. Si bien es cierto, la paciente presentó un cuadro atípico que ocasionó que fuese sometida a una cirugía de amputación, debe precisarse que esto no es a causa o a consecuencia de algún comportamiento culposo por parte de los galenos de la clínica LA ESTANCIA S.A. Todo lo contrario, a la paciente se le garantizó la atención con especialistas, la práctica de todos los exámenes clínicos y paraclínicos requeridos durante su permanencia en la institución y además un pleno y adecuado monitoreo de su evolución.

QUINCUAGÉSIMA TERCERA: No se admite por cuanto no corresponde propiamente a un hecho, sino a conclusiones personales de la parte actora, quien deberá probar lo allí manifestado.

QUINCUAGÉSIMA CUARTA: No se admite por cuanto no corresponde propiamente a un hecho, sino a conclusiones personales de la parte actora, quien deberá probar lo allí manifestado.

QUINCUAGÉSIMA QUINTA: No se admite por cuanto no corresponde propiamente a un hecho, sino a conclusiones personales de la parte actora, quien deberá probar lo allí manifestado.

QUINCUAGÉSIMA SEXTA: No se admite por cuanto no corresponde propiamente a un hecho, sino a la transcripción parcial de la historia clínica de la paciente, por lo que nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario.

QUINCUAGÉSIMA SÉPTIMA: Es un hecho cierto.

QUINCUAGÉSIMA OCTAVA: No se admite, por cuanto se trata de simples afirmaciones o conclusiones de la parte actora. Se resalta que la acción de tutela escapa del conocimiento de mi prohijada y de nuestra asegurada por cuanto no fueron vinculadas dentro de dicha acción, dado que nunca hubo una negación o alguna omisión a las obligaciones con la paciente en la prestación del servicio.

QUINCUAGÉSIMA NOVENA: No se admite por cuanto a mi prohijada no le consta la atención prestada a la paciente posterior a su egreso de la Clínica LA ESTANCIA S.A.

SEXAGÉSIMA: No se admite por cuanto es un hecho desconocido por mi prohijada si la Clínica Santa Gracia se encontraba habilitada o no para noviembre de 2019 en servicio de cirugía vascular.

SEXAGÉSIMA PRIMERA: No se admite pues no le consta a mi prohijado nada de lo allí relatado.

SEXAGÉSIMA SEGUNDA: No se admite pues no le consta a mi prohijado nada de lo allí relatado.

SEXAGÉSIMA TERCERA: No se admite pues no le consta a mi prohijado nada de lo allí relatado. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario.

SEXAGÉSIMA CUARTA: No se admite por no ser cierto, pues la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. dio respuesta oportuna al derecho de petición, según se evidencia en las pruebas que obran en el expediente.

SEXAGÉSIMA QUINTA: No se admite pues no le consta a mi prohijado nada de lo allí relatado. Nos atendremos a lo que se logre probar dentro del plenario.

SEXAGÉSIMA SEXTA: No se admite por cuanto no corresponde propiamente a un hecho, sino a conclusiones personales de la parte actora, quien deberá probar lo allí manifestado.

SEXAGÉSIMA SÉPTIMA: No se trata propiamente de un hecho, sin embargo se observa que es cierto que se agotó requisito de procedibilidad.

II. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

PRIMERO: Es un hecho cierto.

SEGUNDO: Es cierto.

TERCERO: Es un hecho cierto.

CUARTO: Es parcialmente cierto, pues debe aclararse respecto a la cobertura de la póliza, lo siguiente:

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

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

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

En ese sentido, no solamente debe tomarse en consideración el periodo de retroactividad mencionado en la póliza, sino además que la PRIMERA reclamación al asegurado se realice dentro del periodo contractual o vigencia de la póliza. Dentro del presente proceso, se avizora que esa primera reclamación se efectuó el 9 de septiembre de 2020, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación, por lo que la póliza que se debe afectar es la número 12-46339.

QUINTO: No se admite en la forma redactada. La póliza tiene una serie de exclusiones dentro de la cual se encuentra la denominada: *“Reclamos presentados por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a órdenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y*

medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con managed care e&o.” por lo anterior, sólo en el caso en que se llegare a demostrar, que la responsabilidad del asegurado se encuentra circunscrita a la gestión administrativa o cualquier otra diferente a la médica, no tendría cobertura. En los demás casos señalados por el llamante, si otorga la cobertura.

SEXTO: Es cierto.

III. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADO A LA ASEGURADA Y A MI PROHIJADA

Me opongo a todas pues las mismas no tienen en cuenta las condiciones particulares pactadas entre mi cliente CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. y la llamante en garantía CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., en calidad de tomador, como son: amparos, deducibles, límite asegurado y demás aspectos que no han sido indicados en el llamamiento en garantía.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA PRINCIPAL

4.1. DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO COMO OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

Considero importante, que se precisen los conceptos de las obligaciones de medio y de otro lado, las de resultado.

De conformidad con la doctrina francesa, nos encontramos frente a una obligación de resultado cuando por la naturaleza de la prestación, el acreedor contrata para obtener cierto resultado prometido por el deudor y no para imponer una diligencia a éste último. Es decir. Las partes convienen ese resultado en el objeto directo de su obligación, por lo que, la falta del mismo hace presumir la culpa del deudor, presunción que sólo se destruye probando circunstancias exógenas que le imposibilitaron cumplir.

Ahora bien, frente a la obligación de medios el consejo de estado en sentencia de 1994 estableció: “acerca del alcance de esta obligación de medios, que consiste en otorgar al paciente atención oportuna y eficaz, la sala ha dicho que ella obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de curar son conducentes para tratar de lograr el fin deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo. La doctrina y la jurisprudencia son unánimes en expresar que tratándose de las obligaciones del médico y de las instituciones de salud, son de medios, toda vez que el compromiso que ellos adquieren no es de curar al enfermo, sino de suministrarle los cuidados concienzudos y solicitados con su ciencia.”

De manera que en la obligación de medios, el deudor promete solamente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado esperado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor, por lo que la no obtención del resultado no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa.

En ese sentido, debe precisarse al despacho, que de conformidad con la historia clínica de la Sra Sur Margarita Muñoz, ingresa a las instalaciones de la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. el día 18 de noviembre de 2019 a las 19:33 horas, en donde ya

presentaba una evolución clínica desfavorable, que debía ser analizada en su integridad previo a establecer el plan de manejo.

A la paciente se le brindaron las atenciones requeridas y así mismo, se le practicaron los exámenes tendientes a verificar la necesidad de la intervención quirúrgica, por ocasión a los posibles riesgos adversos. En ese sentido, en caso de que no se requiriera, no sería dable someter al paciente a la exposición a un riesgo innecesario, existiendo otros métodos o tratamientos. Es por ello que la visión general de la lesión debía corroborarse con dicho examen y así se solicitó y además se informó a la paciente.

En ese sentido, a la paciente se le ordena un estudio angiográfico para estadificar el nivel de la lesión, por lo que éste se le practicó de manera exitosa, y de manera casi inmediata se procedió a la valoración por cirugía vascular para la definición del tratamiento. De manera posterior, se practica procedimiento quirúrgico encaminado en dar manejo a la infección que la paciente presentaba. Debe resaltarse, que pese a que los tejidos de la extremidad de la paciente no evolucionaron favorablemente, no se observa acción u omisión de la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. hasta dicho momento, ni tampoco existe prueba directa que relacione el actuar de la clínica con el supuesto daño alegado por el demandante máxime cuando en las anotaciones de enfermería de la Clínica se evidencia la continuidad en el tratamiento y en las atenciones requeridas. En ese sentido, es claro que la infección que presentaba la paciente era consecuencia del trauma que había padecido.

En ese punto de las cosas, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad médica derivada de un acto erróneo, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En consecuencia, en este tipo de casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable pues no se encuentra precedido de un comportamiento culposos.

Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, son específicas en sostener y reconocer que la medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.

En el anterior sentido, no debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica aquellos riesgos inherentes como lo son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.

Vale la pena resaltar en este punto, que nos adentramos propiamente en el campo o criterio del riesgo general de la vida o del riesgo permitido. No deben ser imputados al demandado aquellos daños que sean materialización de los riesgos normales o permitidos en la vida en sociedad y en consecuencia, es bueno señalar que los médicos, están guiados, en general, por un régimen de obligaciones de medios (salvo algunas excepciones), las cuales no son infalibles, porque muy a pesar suyo y del cuidado, es probable, el paciente resulte lesionado.

Por lo anterior, mal haría usted señor juez, en endilgar responsabilidad a la CLÍNICA LA ESTANCIA y en consecuencia a mi prohijada CHUBB SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., toda vez que su actuar no se apartó de los postulados de la lex artis y por el contrario, se cumplieron todos los protocolos médicos de rigor conforme lo establecen los protocolos médicos.

4.2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. Y POR CONSIGUIENTE INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

El artículo 2341 del C.C., tiene por verdad sabida que quien por sí o a través de sus agentes causa a otro un daño, originado en hecho o culpa suya, está obligado a resarcirlo, teniendo como definición de agentes, aquellos de quienes se tiene control, custodia y cuidado.

Aquellas actividades provocadoras de daños, que por su propia naturaleza o por los medios empleados para llevarlas a cabo están mayormente expuestas a provocar accidentes, han sido calificadas como riesgosas, apoyándose en el artículo 2356 del Código Civil.

A su vez, la responsabilidad Civil, se divide en directa y en indirecta, siendo la segunda: "...virtud de la cual estamos obligados a responder del hecho dañoso de personas que están bajo nuestra dependencia, o de las cosas animadas o inanimadas cuya guarda o custodia nos compete. Esta ya es una responsabilidad de carácter excepcional, porque no proviene inmediatamente del acto personal del interesado, sino de presunciones de culpa que la ley establece contra el responsable..." (Subrayado No textual).

En el sub - judice, el asegurado CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. actuó con diligencia, cuidado y pericia, en la atención de la paciente.

En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la Lex Artis, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8o decreto 3380 de 1981), naturalmente "el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza", incluso éticos componentes de su Lex Artis, respecto de los cuales asume la posición de garante.

4.3. CUMPLIMIENTO PLENO DE LAS OBLIGACIONES DE LA CLÍNICA LA ESTANCIA S.A.

Para abordar el tema es importante resaltar, que en el derecho colombiano, los deberes jurídicos a cargo de los médicos se encuentran consagrados en la ley 23 de 1981 y en su decreto reglamentario 3380 del citado año, sin embargo la integración de dichos deberes se amalgama con disposiciones del código civil, y con los alcances que dicha responsabilidad acarree, por lo tanto nos permitiríamos afirmar que la responsabilidad médica se rige por los principios provenientes del Código Civil, (Responsabilidad extracontractual como contractual), teniendo en cuenta la naturaleza prestacional en razón del sistema de seguridad social al que pertenece el demandante.

El equipo de médicos de la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A., atendió a la paciente conforme establecen las guías prácticas clínicas frente a los casos de fracturas, lo que fácilmente se puede extraer de la historia clínica.

En virtud de lo anterior, se observó en todas las actuaciones de los galenos de la CLÍNICA LA ESTANCIA un actuar bajo los postulados de la diligencia y cuidado que se requerían en la atención de la paciente. No se observa pues, ninguna conducta culposa de alguno de los galenos de la Clínica LA ESTANCIA S.A., y no existe remisión o prueba técnica o científica que determine un punto de reproche sobre las actuaciones, procedimientos o tratamiento que se efectuó a la Sra Sur Margarita.

4.4. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR DE LA CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. Y EL SUPUESTO DAÑO ALEGADO

De la lectura del libelo introductorio de la demanda, así como del análisis de las pruebas aportadas por la parte actora, no aparece ni siquiera indicio que demuestre la existencia del nexo causal, como elemento de la responsabilidad, entre la atención prestada por los galenos de la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. y el daño alegado por la accionante. Todo lo contrario, se advierte que la condición clínica del paciente, fue tratada conforme su urgencia lo requería. Se realizó el tratamiento y monitoreo necesarios para garantizar la oportunidad en la recuperación de su salud.

En concordancia con lo anterior, suficientemente es conocido, que en el campo de la responsabilidad médica, existe el principio general de la “culpa probada”, lo que impone cargas probatorias a ambas partes. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico.

Así se encuentra debidamente explicado por parte de la Corte Suprema de Justicia, cuando en Sentencia CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199, indica:

“(…) Si, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado”

Es por ello que de conformidad con el Artículo 1604, inciso 3 se indica que: “La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega.”

Por ende, teniendo en cuenta la imposibilidad de imputar responsabilidad a la CLÍNICA LA ESTANCIA, ruego al señor juez, tener por probada esta excepción.

V. INEXISTENCIA Y/O SOBRESTIMACIÓN DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS/ OBJECCIÓN DEL JURAMENTO ESTIMATORIO:

En el presente caso, es necesario destacar que los perjuicios reclamados por la parte actora a través del presente proceso, como perjuicios inmateriales que corresponden a aquellos aspectos subjetivos negativos que se derivan del acaecimiento del hecho, razón por la cual, no son cuantificables económicamente.

Es así como, desde tiempo atrás, la Corte Suprema de Justicia viene estableciendo límites a la indemnización de los perjuicios inmateriales, que sirven como parámetros orientadores de los jueces y tribunales, para la tasación de los referidos perjuicios en los casos concretos.

Ahora bien, actualmente, como indemnización máxima de los perjuicios morales subjetivos causados a partir de la ocurrencia de un hecho dañoso, la Corte Suprema de Justicia ha establecido la suma de CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$40.000.000). Es así como, el monto indemnizable de los referidos perjuicios es para aquellos eventos verdaderamente graves.

De otro lado, conforme la sentencia SU del 28 de Agosto de 2014 proferida por la sala de lo Contencioso administrativo, sección tercera del Consejo de Estado, (CE, S3, 28 ago. 2014, e31172), indica que para efectos de la tasación de la reparación de daño moral en caso de lesión, deberá remitirse a gravedad de la lesión, el cual para los daños a la salud, establece:

| REPARACIÓN DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL | |
|--|--------------------------|
| Gravedad de la Lesión | Víctima Directa/ (SMLMV) |
| 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 |

Por lo anterior, es claro que dicha suma exceda el tope indemnizatorio máximo fijado por la jurisprudencia para la indemnización de estos perjuicios, razón por la cual, no es dable su reconocimiento en la suma reclamada, so pena de atentar contra el principio de igualdad y de proporcionalidad.

Ahora bien, con el propósito de fundamentar los perjuicios patrimoniales, se allegan dos certificaciones firmadas por contador público, acompañado de la declaración de renta únicamente del año 2018, realizada en diciembre de 2019 (posterior a los hechos que aquí nos ocupan).

Lo anterior, con todo respeto, ofrece duda, por cuanto se desconoce su veracidad, pues una certificación suscrita por el Profesional en Contabilidad no constituye prueba suficiente para establecer la realidad de los ingresos declarados, máxime cuando sólo se le acompaña de la declaración de renta de 2018, la cual se presentó

en diciembre de 2019, es decir, después de la cirugía realizada a la Sra Sur Margarita, los cuales no aportan seguridad sobre la vinculación, estabilidad y permanencia de los ingresos.

Es por ello, que el certificado del contador público, para que sea válido, debe respaldarse en anexos, pero aún así, estos anexos tampoco son suficientes, por lo que debe apoyarse también en el movimiento contable y la realidad de las operaciones de devoluciones y retiros en efectivo que afectaron los ingresos del año gravable. Se ha precisado por el Consejo de Estado, que tales certificados deben contener algún grado de detalle en cuanto a los libros, cuentas o asientos correspondientes a los hechos que pretenden demostrarse; no pueden versar sobre las simples afirmaciones acerca de las operaciones contables de que dichos funcionarios dan cuenta, por lo que se exige que la certificación sea completa, detallada y coherente.

Finalmente, se observa, que el demandante utiliza esa informal certificación, para liquidar la totalidad de los perjuicios patrimoniales, omitiendo deducir, los gastos de impuestos, seguridad social, gastos propios de la persona y demás que por razones obvias implican que la beneficiaria no recibiría el 100% de la remuneración mensual.

VI. EXCEPCIONES DE MÉRITO DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO POR TANTO AUSENCIA DE OBLIGACIÓN DE PAGO DE ASEGURADORA

Atendiendo a que en el presente proceso no se encuentra probado el daño ni el nexo de causalidad entre éste y el actuar de la CLÍNICA LA ESTANCIA S.A. no se puede concluir cosa diferente que EL DEMANDADO no tuvo culpa alguna en el evento dañoso, por lo tanto al no existir responsabilidad ninguna a cargo de éste no procede acción frente a la compañía, ni afectación ninguna de la póliza citada, ni pago ninguna de su parte.

LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SE ENCUENTRA LIMITADA AL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA

Como bien se desprende de las pólizas allegadas al proceso número: 12/40853 y la 12/46339, que da cuenta del contrato suscrito entre las partes, la aseguradora se compromete a indemnizar bajo la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica los actos médicos erróneos en la prestación de servicios profesionales.

El despacho deberá tener en cuenta asimismo, que en el evento en que se determine la responsabilidad civil extracontractual en contra de nuestro asegurado en virtud de los hechos acaecidos, la responsabilidad de la aseguradora, se encuentra limitada al valor de la suma asegurada establecida en la referida póliza expedida y más específicamente, a la consagrada para el amparo de responsabilidad civil extracontractual.

En efecto el artículo 1079 del Código de Comercio establece: *“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta la ocurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto, en el segundo inciso del artículo 1074”*.

Así las cosas, es un hecho que la responsabilidad del asegurador se encuentra siempre

limitada a la suma asegurada que se pacte en el contrato, sin perjuicio de los dispuesto en el segundo inciso del artículo 1079 del C..de Co., lo cual hace referencia al reconocimiento por parte del asegurador de los gastos incurridos por el asegurado para evitar la extensión y propagación del siniestro, salvedad que sobra aclarar, no resulta aplicable al presente caso.

Es así como, en el presente caso, con fundamento en las citadas condiciones, es claro que aun en el evento en que se considerara que el hecho acaecido dio lugar al nacimiento de la alegada obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora, el límite de la responsabilidad de la misma estará dado por la suma asegurada del respectivo amparo que se considere afectado.

En consecuencia, y de conformidad con los hechos acaecidos, con las disposiciones legales y con lo establecido en la póliza, CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., no podrá ser condenada a responder más allá de la suma asegurada.

DEDUCIBLE DE LA SUMA ASEGURADA

En adición a lo anteriormente establecido se encuentra precisamente acordado en la póliza RCM 12/46339 un deducible, siendo éste por el monto o porcentaje del daño indemnizable que invariablemente se deduce de este y por lo tanto siempre queda a cargo del asegurado.

Se toma únicamente como referencia la póliza 12-46339, dado que sólo esta debe ser llamada a este proceso, en atención a que es renovación de la póliza número 12/40853 y no debe entenderse como dos pólizas diferentes.

Como bien lo establece el artículo 1103 del Código de Comercio: *“las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original”*.

De conformidad con lo anterior y de acuerdo a la póliza contratada esta es la suma que siempre debe ser asumida por el asegurado ante la ocurrencia del siniestro y que de acuerdo con las condiciones antes citadas del contrato se fija para cada evento.

De conformidad con lo anterior, queda expresamente consignado para la cobertura de RCM, un deducible general del 10% mínimo COP \$50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

De esta manera la indemnización que se tase en un eventual fallo desfavorable, para efectos del pago de la CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., deberá descontar del total a indemnizar el deducible pactado y detallado en el párrafo anterior.

CONCURRENCIA DE SEGUROS

La presente excepción es genérica y se fundamenta teniendo en cuenta el punto 13 del Clausulado general de la póliza número RCM 12/40853 y 12/46339 y que se adjunta a este escrito; teniendo en cuenta que cuando el daño imputado en la

reclamación y/o Gastos Legales bajo la póliza suscrita con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro Asegurador, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho Daño y/o Gastos Legales solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de Pérdida y/o Gastos Legales cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso.

GENÉRICA E INNOMINADA

Fundamentada en cualquier hecho o circunstancia exceptiva que resulten probados en el proceso y en virtud de las cuales la Ley considere que la obligación no nació o se extinguió, conforme a lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, ruego al Despacho pronunciarse oficiosamente.

Lo anterior, teniendo en cuenta que al momento de recibir esta convocatoria al proceso, se desconoce hechos tanto para el señor Juez, como para este apoderado y que pueden ser allegados al expediente durante el desarrollo del mismo, solicito que si al momento de llevar a cabo el análisis de juzgamiento, se encuentran elementos procesales recaudados que puedan dar lugar a la constitución de una excepción para el pago de la indemnización solicitada por los demandantes y que no hayan sido expresamente citados en esta contestación, sea reconocida la excepción que ellos configuren y más aún teniendo en cuenta la naturaleza del vínculo que une a las partes, el cual consta en los documentos y acuerdos celebrados entre las partes, se despache desfavorablemente la solicitud de indemnización pedida.

DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO:

La aseguradora al ser garante, su obligación se supedita, además del límite del valor asegurado, a la disponibilidad que del mismo se tenga a la fecha del eventual fallo ejecutoriado.

Es decir, es viable que dentro de la vigencia de la póliza, con posterioridad a la misma, e incluso, con posterioridad a la presentación de la demanda y su contestación, se hayan efectuado otras reclamaciones atendidas positivamente o sentencias condenatorias que pretendan afectar la póliza mediante la cual se llama en garantía a la aseguradora. En dichos eventos, el valor asegurado consagrado en la carátula de la póliza necesariamente empezará a disminuir, pues el mismo no es estático y, por ende, la aseguradora responderá en cada caso conforme a su porcentaje de participación y a la disponibilidad del valor asegurado que exista para ese momento.

VII. PRUEBAS

7.1. SOBRE LAS PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE.

DOCUMENTALES Y TESTIMONIALES

Con todo respeto desde ya solicito que todas y cada una de las pruebas documentales (declarativos y dispositivos provenientes de terceros) que aporte o llegue a aportar la parte demandante sean apreciadas de conformidad con lo establecido en las

disposiciones probatorias, esto es, si son debidamente ratificadas.

Adicionalmente, de forma respetuosa solicito ratificación de los siguientes documentos, de conformidad con el artículo 262 del del Código General del Proceso, por cuanto desconocemos su veracidad:

- Copia del 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), el cual se aporta en el archivo de PDF denominado “12 CERT INGRESOS 2018”
- Copia del 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), el cual se aporta en el archivo de PDF denominado “13 CERT INGRESOS 2019”
- La documentación aportada como doctrina:
 - a. Garnica Morón, M; Caballero Zanbrana, C & Garnica Morón E. Amputación tratamiento de complicaciones de luxación traumática de rodilla. Presentación de un caso. Acta Ortopédica Mexicana (2008), 22(3), May- Jun: 198-203, el cual se aporta en el archivo de PDF denominado “23 1 GARNICA”
 - b. Álvarez López, A; García Lorenzo, Yenima & Casanova Morote, C. Luxación traumática de la rodilla, diagnóstico y tratamiento. Publicación indexada en Scielo., 2007 <http://scielo.sld.cu/pdf/ort/v21n2/ort09207.pdf>, el cual se aporta en el archivo de PDF denominado “23 2 ALVAREZ”
 - c. Jeffrey A. Rihn; Yram J, Groff; Cristopher D. Harner & Peter S. Cha. Lucación traumática de rodilla: valoración y tratamiento. Journal of the American Academy of Orthopedic Surgeons (Edición Española), 2004, 3:406-418, el cual se aporta en el archivo PDF denominado “23 2 JEFFREY”

PRUEBA PERICIAL SOLICITADA SEGÚN ART. 234 DEL CGP.

Me opongo al decreto de la presente prueba, por cuanto por disposición expresa del artículo 227 del Código General del proceso, la parte que pretenda valerse de un dictamen pericial, lo deberá aportar en su oportunidad.

En ese sentido, el artículo 234 del CGP establece que se podrá solicitar de oficio a las entidades y dependencias oficiales prueba pericial sobre materias propias de la actividad de aquellas y no para otros fines como el aquí perseguido.

5.2. SOBRE LAS PRUEBAS DEL SUSCRITO

5.2.1 DOCUMENTALES

- Copia de la Póliza número RCM 12/46339
- Poder debidamente autenticado.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de Chubb Seguros de Colombia S.A.

5.2.2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito a su Despacho se sirva ordenar el interrogatorio de parte a los demandantes, a quien le haré las preguntas verbalmente durante la audiencia inicial.

5.2.3. OFICIO:

- Las que su despacho considere pertinentes.

1. NOTIFICACIONES

Las partes en las direcciones consignadas en la demanda.

El suscrito las recibirá en la Secretaría de su Despacho o en la Calle 35 No. 17 -56 Oficina 804 Edificio Davivienda de la ciudad de Bucaramanga. En los Correos Electrónicos: juridica@arenaschoa.com

De la Señora Juez,



SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS

C.C. No. 13.543.602 de Bucaramanga

T. P. No. 162.416 del C. S. de la J.

Elaboró: Claudia Carvajalino

Póliza Ant.:

| Ramo | | | Operación | | | | Póliza | | Anexo | | Referencia | | | | |
|-----------------------|--|---|---------------------|------|-----|-----|--------|-------|-------|-----|------------------|------|------------|-----|-----|
| 12 RESPONSABILIDAD | | | 02 Renovacion | | | | 46339 | | 0 | | 12004633900000 | | | | |
| Sucursal | | | Vigencia del Seguro | | | | | | | | Fecha de Emisión | | | | |
| 05 CALI | | | Desde | Año | Mes | Día | Hora | Hasta | Año | Mes | Día | Hora | Año | Mes | Día |
| | | | | 2020 | 07 | 31 | 00 | | 2021 | 07 | 30 | 24 | 2020 | 07 | 30 |
| Tomador | | CLINICA LA ESTANCIA S.A. | | | | | | | | | C.C. O NIT | | 8170031661 | | |
| Dirección | | CLL 15 2-350 | | | | | | | | | Ciudad | | POPAYAN | | |
| Asegurado | | VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES | | | | | | | | | C.C. O NIT | | 30 | | |
| Dirección | | . | | | | | | | | | Ciudad | | . | | |
| Beneficiario | | TERCEROS AFECTADOS | | | | | | | | | C.C. O NIT | | 11111 | | |
| Dirección | | ND | | | | | | | | | Ciudad | | - | | |
| Intermediario | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30297 | | GILBERTO ROBLEDO QUI NTERO ASE | | | | | 4,50 | | | | | | | | |
| 42551 | | SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPANÍA | | | | | 10,50 | | | | | | | | |

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

RENUOVA POLIZA NRO. 0040853

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGÚN COMUNICACIÓN DEL BROKER SE RENUEVA LA PRESENTE PÓLIZA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
 La mora en el pago de la prima de la presente póliza, o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la compañía de seguros para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la expedición de la póliza.

| | | |
|----------------------|-----------------------|--------------|
| Valor Prima | 484.000.000,00 | \$COP |
| Gastos Exped. | 0,00 | \$COP |
| I.V.A. | 91.960.000,00 | \$COP |
| Total a Pagar | 575.960.000,00 | \$COP |

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

 | Hoja Matriz de: OTROS |

Ramo: | cod. | Tr. | Nro. Poliza | Nro. Anexo | T.Ane | Cod.Multinal. |
RESPONSABILIDAD CIVIL | 12 | 02 | 46339 | | 0 |

Operacion:RENOVACION

1 OPERACION ORIGINAL

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

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

=====

| | |
|-------------------------|---------------------------|
| Departamento....: CAUCA | Cod.....: 18 |
| Sucursal.....: CALI | Cod.....: 05 |
| NombMULTIBROKER | Cod. Agente.....: 1-1111 |
| | Coms.Agente...: %/ 15.00% |

| | |
|--|--------------------------|
| Tomador.....: CLINICA LA ESTANCIA S.A. | Nit. CC.....: 8170031661 |
| Direccion.....: CLL 15 2-350 | Ciudad.....POPAYAN |
| Asegurado.....: VER ASEGURADOS CONDI CIONES PA | Nit. CC.....: 30 |
| Direccion.....: . | . |
| Beneficiario....: TERCEROS AFECTADOS | Nit. CC.....: 11111 |
| Direccion.....: ND | - |
| Moneda.....: PESOS | Cod.....: 00 |
| Tipo de Cambio..: | |

| | | |
|-----------------------------------|-------------------|----------------------|
| VIGENCIAS: POLIZA | DOCUMENTO | Calculo: 2=Corto Pl. |
| Ter Dias Emision Desde Hasta | Desde Hasta | Prima 3=Prorrata |
| 12 364 20200730 20200731 20210730 | 20200731 20210730 | 3 4=Especial |

Tipo de Negocio.: Sin Coaseguro %

ó Aceptacion....:

| | | |
|----------------------------------|--------------|-----------|
| Coaseguros.....: | Poliza Lider | Doc Lider |
| Aceptados: % Participacion | % | |

=====

| Nro. | Bien | Cod | Des | Descripcion del Riesgo: | Suma A/da. Anual |
|------|------|-----|-----|-------------------------|------------------|
| de | A. o | de | cr. | | |
| Rsgo | Tray | Amp | Amp | Bien Asegurado | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----|----|-----|----------------|--------------------------|
| 001 | 001 | 44 | MDM | UTILIDAD BRUTA | N 12 2000.000.000,00 |
| TOTAL VALORES | | | | | 2.000.000.000,00 |

=====

| Des | Vlr.A/ble/* | Valor | Su | Tasa | Valor | * Deducibles * |
|-----|-------------|----------|----|--------|-------|----------------|
| Amp | Valor Base* | Despacho | ma | Basica | Prima | % Valor |

| | | | | | | |
|-----------|-------------------------|---|-------|--|-----------------------|-------------------|
| MDM | 2000.000.000,00 | S | 0,000 | | 484.000.000,00 | 0,000 |
| TO | 2.000.000.000,00 | | | | 484.000.000,00 | ...TOTALES |

| | | | | | | |
|-----------------------|------|-----|-------------|------------|-------|---------------|
| Hoja Matriz de: OTROS | | | | | | |
| Ramo: | cod. | Tr. | Nro. Poliza | Nro. Anexo | T.Ane | Cod.Multinal. |
| RESPONSABILIDAD CIVIL | 12 | 02 | 46339 | | 0 | |

Operacion:RENOVACION

1 OPERACION ORIGINAL

| | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---|-------------------|---------------|----------------|-------------|
| Continuacion de la pagina Anterior | | | | | | |
| ===== | | | | | | |
| ===== | | | | | | |
| Nro. Rsgo | Direccion riesgo | / | Desc. Actividad | Codigo Ubica. | Codigo Ocupac. | Grupo Const |
| 001 | CLLE 15 No 2 350 | | EDF.Y CTS CON PRO | 6513 | | |
| ===== | | | | | | |
| COASEGUROS CEDIDOS | | | | | | |
| ===== | | | | | | |

Clausulas y Textos:

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGÚN COMUNICACIÓN DEL BROKER SE RENUEV
A LA PRESENTE PÓLIZA.

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

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

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Certificado N° | : | GCP/ 12-00000 |
| Asegurado | : | VER ASEGURADOS CONDI CIONES PARTICULARES |
| <i>Insured</i> | | |
| Codigo Multinacional | : | Rcc Treaty |
| <i>Multinational Code</i> | | |
| Poliza Local No. | : | 0046339 |
| <i>Local Policy No.</i> | | |
| Endoso No. | : | 00000 |
| <i>Endorsement No.</i> | | |
| Ubicación | : | . |
| <i>Location</i> | | |
| Ramo | : | RESPONSABILIDAD |
| <i>Line of Bussines</i> | | |
| Vigencia | : | 2020/07/31 a 2021/07/30 |
| <i>Policy Term</i> | | |
| Bienes Asegurados | : | |
| <i>Insured Properties</i> | | |
| Moneda | : | PESOS |
| <i>Currency</i> | | |
| Suma Asegurada Total | : | 2,000,000,000.00 |
| <i>Insured Amount</i> | | |
| Prima Total | : | 484.000.000,00 |
| <i>Premium</i> | | |
| Su Participación Suma | : | 2,000,000,000.00 |
| <i>Your Share Sum</i> | | |
| Su Participación Prima | : | 484.000.000,00 |
| <i>Your Share Premium</i> | | |
| Reserva de Primas | : | |
| <i>Premium Reserve</i> | | |
| Comisión | : | |
| <i>Commission</i> | | |
| Saldo Neto | : | 484.000.000,00 |
| <i>Net Balance</i> | | |
| Observaciones | : | CONTRATO |
| <i>Observations</i> | | RENOVACION |

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

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

Santa Fe de Bogotá 30 de JULIO de 2020

Reasegurador
Reinsurer

Cedente
Cedent

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "A"

| | | | | |
|---------|--------|------------------|---------------|-------------|
| Póliza | Endoso | Certificado Nro. | Operación | Endoso Ref. |
| 0046339 | 00000 | 12-00000 | 02 RENOVACION | 0040853 |

| | | | |
|--------|--------|------------|-------------------------|
| Moneda | Cambio | Emisión | Vigencia |
| 00 | | 2020/07/30 | 2020/07/31 A 2021/07/30 |

Asegurado

00000000030-VERASEGURADOS CONDI CIONES PARTICULARES

| | |
|--------------|--------|
| Reasegurador | Broker |
| - | |

| | | | |
|------------------|---------------|-----|--------|
| Línea de Negocio | Multinational | RCC | Treaty |
| 7 ***** | | | |

| | | | | |
|----------|--------|--------|-----|--------|
| Location | TpoCbr | CshFlw | Usa | SpcRsk |
| | | | | |

Distribución de Reaseguro

| Ssb | Cobertura | % Cedido | Suma Cedida | Prima Cedida | Comisión | % Comisión | Reserva | % Reserva |
|-----|-----------|----------|-----------------|----------------|----------|------------|---------|-----------|
| 12 | MEDICAL | | 2000,000,000.00 | 484,000,000.00 | | | | |
| | | SUBTOTAL | 2000,000,000.00 | 484,000,000.00 | | | | |

Certificado de Cesión de Reaseguro**Anexo "B"**

| | | | | |
|---------------|---------------|-------------------------|------------------|--------------------|
| Póliza | Endoso | Certificado Nro. | Operación | Endoso Ref. |
| 0046339 | 00000 | 12-00000 | 02 RENOVACION | 0040853 |

| | | | |
|---------------|---------------|----------------|-------------------------|
| Moneda | Cambio | Emisión | Vigencia |
| 00 PESOS | | 2020/07/30 | 2020/07/31 A 2021/07/30 |

| |
|---|
| Asegurado |
| 00000000030-VERASEGURADOS CONDI CIONES PARTICULARES |

| | |
|---------------------|---------------|
| Reasegurador | Broker |
| | |

| | | | |
|-------------------------|----------------------|------------|---------------|
| Línea de Negocio | Multinational | RCC | Treaty |
| 7 ***** | | | |

| | | | | |
|-----------------|---------------|---------------|------------|---------------|
| Location | TpoCbr | CshFlw | Usa | SpcRsk |
| | | | | |

Distribución de Reaseguro

| Ssb | Cobertura | Distribución de Suma | Distrib. de Prima | Comisión | Reserva | Total |
|----------|-----------|----------------------|-------------------|----------|---------|----------------|
| RETENIDO | | | | | | |
| 12 | MEDICAL | 2000,000,000.00 | 484,000,000.00 | | | 484,000,000.00 |
| | | 2000,000,000.00 | 484,000,000.00 | | | 484,000,000.00 |
| | | 2000,000,000.00 | 484,000,000.00 | | | 484,000,000.00 |

12 - 12

REA031

| Endoso... | Ref |
|-----------|-----|
|-----------|-----|

| Reserva | |
|---------|---|
| Valor | % |

TOTALS



| PÓLIZA No. | ANEXO No. | PAG. No. |
|--------------------------|-----------|----------|
| 12/ 46339 | 0 | 1 |
| CLINICA LA ESTANCIA S.A. | | |

| | |
|----------------------------------|---|
| Tomador: | CLINICA LA ESTANCIA S.A. |
| Asegurado: | CLINICA LA ESTANCIA S.A. |
| Vigencia: | Desde 31 de julio de 2020 a las 00:00 horas hasta 30 de julio de 2021 a las 24:00 horas |
| Interés: | Responsabilidad Civil Profesional Médica. |
| Delimitación Territorial: | Colombia |
| Jurisdicción: | Colombia |
| Modalidad de Cobertura: | Claims Made |
| Retroactividad: | 16 DE ABRIL DE 2010, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad |
| Fecha De Antigüedad: | Julio 31 de 2019 |

Condiciones Económicas

Con coberturas **unicamente de Daños (perjuicios) al 100% (no se otorga gastos de defensa):**

| Limite Asegurado | Deducible | Prima Anual Antes de IVA |
|---------------------------|--|--------------------------|
| Cop\$2.000.000.000 | 10% mínimo COP \$50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos. | COP\$ 484.000.000 |

Cobertura Básica

➤ Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o

durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

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

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

Extensiones de Cobertura Básicas

| Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza | Sublímite |
|--|-----------|
| Cobertura para cirugías reconstructivas. | 100% |
| Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento. | 100% |
| Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina. | 100% |
| Cobertura para daños extrapatrimoniales. | 100% |

Exclusiones Adicionales

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

- Actos médicos respecto de cirugías bariátricas y/o cirugías o procedimientos estéticos.
- Reclamos presentados por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.
- Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.
- EXCLUSIÓN DE SITUACIONES ESPECÍFICAS: Reclamaciones derivadas y/o en relacion con los eventos reportados en el formulario de solicitud de seguro y anexo que sirvió de base para las condiciones de la vigencia 2019-2020.
- Se modifica la exclusión 3.27. **CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS** y en su lugar se reemplaza por la siguiente:

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

3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

| PÓLIZA No. | ANEXO No. | PAG. No. |
|--------------------------|-----------|----------|
| 12/ 46339 | 0 | 3 |
| CLINICA LA ESTANCIA S.A. | | |

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

El **Asegurador** no será responsable de realizar ningún pago por **Pérdida** y/o **Gastos Legales** y/o **Reclamo** bajo esta póliza causado directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:

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

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

1. Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2. Neumonía atípica o cualquier cepa de la misma;
3. Angustia física, enfermedad o dolencia causada o transmitida directa o indirectamente por cualquier virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación de este, ya sea que se considere vivo o no, e independientemente de los medios de transmisión;
4. Cualquier virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación de este, ya sea que se considere vivo o no, que sea capaz de causar angustia física, enfermedad o dolencia.

Todos los demás términos y condiciones permanecen sin cambios

Condiciones Adicionales

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997
- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza.
- Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 16 DE ABRIL DE 2010, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad

| PÓLIZA No. | ANEXO No. | PAG. No. |
|--------------------------|-----------|----------|
| 12/ 46339 | 0 | 4 |
| CLINICA LA ESTANCIA S.A. | | |

- Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Julio 31 de 2019
- Cobertura culpa grave siempre y cuando la misma no se asemeje al dolo.
- PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses
- No obstante lo indicado en el clausulado general, no se otorgan Gastos Legales. Unicamente se cubren Daños
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.
- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 30/06/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I 30/06/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGO41

Participación CHUBB:

100%

Términos de Pago de Prima:

Cláusula de pago de prima 45 días calendario.

Broker

SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPAÑÍA
GILBERTO ROBLEDO QUINTERO

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Calle 72 #10-51 Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O +(571) 319 0300
F +(571) 319 0408

CHUBB®

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

30/06/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I

30/06/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGo41

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

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

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

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

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

2. COBERTURAS ADICIONALES

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

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

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

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

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

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

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

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

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

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

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

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

3. EXCLUSIONES

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

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

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

3.2. MULTAS Y SANCIONES

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

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

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

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

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

3.5. SEGUROS ANTERIORES

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

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

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

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

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

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

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

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

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

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

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

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

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

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

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

3.11. CONTAMINACIÓN

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

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

3.12. DISCRIMINACIÓN

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

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

3.13. ASBESTOS

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

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

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

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

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

3.16. HONORARIOS

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

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

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

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

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

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

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

3.20. ANESTESIA GENERAL

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

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

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

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

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

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

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

3.25. CAMBIO DE SEXO

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

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

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

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

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

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

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

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

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

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

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

3.34. FALLOS DE TUTELA

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

3.35. EVENTO CIBERNETICO

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

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

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

3.37 CONDUCTA SEXUAL

CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO, CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

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

5. DEDUCIBLE

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

Se aplicará un solo deducible a los **Daños** y/o **Gastos Legales** originados en **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo**.

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

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

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

I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.

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

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

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

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

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

6.3 DEFENSA

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

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

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

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

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

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

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al

Asegurador o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

7. DISTRIBUCIÓN.

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

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

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

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

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

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

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

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

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

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

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

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

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

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

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

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

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

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

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

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el **Asegurado** deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el

Asegurador puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

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

14. COMUNICACIONES

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

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

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

16. CESIÓN

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

17. PAGO DE PRIMAS

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

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

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

19. DELIMITACION TEMPORAL

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

20. RENOVACION

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

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

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

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

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

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

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

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

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

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

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

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. GARANTIAS

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

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

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

(deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

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

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

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

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

b. Acto Médico Erróneo

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

c. Asegurado

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

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a, humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

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

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

g. Daños

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

Daños no comprende:

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

h. Dato

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

i. Datos Personales

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

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red
- b. Uso no autorizado de una red informática

- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

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

l. Periodo Contractual

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

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

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

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

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

o. Reclamación

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

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

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

p. Reconocimiento de Antigüedad

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

q. Servicios Profesionales

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

r. Tomador

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

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.
Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
Bogotá D.C., Colombia.
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164
Fax: (571) 6108164
e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

Tenemos el agrado de informarle que mediante Resolución No. 1173 del 16 de septiembre del presente año, la Superintendencia Financiera de Colombia aprobó la fusión entre ACE Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., y a partir del 01 de noviembre somos Chubb Seguros Colombia S.A., identificada con el NIT: 860.026.518-6, entidad que de ahora en adelante asumirá sus riesgos.

El grupo Chubb se transformó en el conglomerado de empresas de seguros de propiedad y responsabilidad civil más grande del mundo que cotiza en bolsa, desde que se completó el proceso de adquisición en enero de este año.

Chubb, se distingue por su amplia oferta de productos y servicios, excepcional fortaleza financiera, suscripción superior y atención de siniestros.

Pensando en su comodidad, la compañía ha habilitado los siguientes canales de pago:

Internet

Opción 1: PSE

Pago a través de Servicio de pagos en Línea - PSE. En PSE usted podrá realizar el pago (total o parcial /cuotas) de sus pólizas o endosos, debitando el valor de cualquier entidad financiera donde tenga la cuenta corriente o de ahorros.

Ingresa a www.chubb.com/co/
Servicios en Línea / Pagos en Línea.

Los pagos con tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Diners y American Express) se realizarán a través de este medio (Servicio de pagos en línea - PSE).

Opción 2: PORTAL BANCOLOMBIA

Pago a través de Portal Bancario BANCOLOMBIA, en el cual usted podrá realizar el pago de sus pólizas o endosos, siempre y cuando el pago lo vaya a realizar de una cuenta corriente o de ahorros de esta entidad financiera.

Ingresa a www.grupobancolombia.com

Bancos

Opción 1: TRANSFERENCIA

ELECTRÓNICA a:

BANCOLOMBIA Cta. Corriente
048-026518-07 CITIBANK

Cta. Ahorros #
5019884025 DAVIVIENDA Cta.
Corriente # 5169-90066

Incluir en el campo "Descripción" o su **equivalente los datos de: Ramo, número de póliza y certificado.**

Opción 2: Consignación en cheque o efectivo en CUENTAS CONVENIO:

BANCOLOMBIA Convenio 7178
CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025
También puede realizar pagos en efectivo (máximo \$ 1.000.000) en cualquier punto de la red "Vía Baloto", citando la Cta. Ahorros # 5019884025 de CITIBANK.

En caso de realizar su pago utilizando cualquiera de las alternativas de la Opción 2, incluya en el campo "Detalle" o "Referencia de pago" del comprobante de consignación: **el ramo, número de póliza y certificado.** Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

Envíe comprobante de consignación a:
pagos.clientes@chubb.com



| Pago Codigo de Barras "Cupon de Pagos" | Financiación |
|---|--|
| <p>Realice su pago con Código de Barras, en cheque o efectivo, en cualquiera de los siguientes bancos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Banco de Occidente Bancolombia• Banco Davivienda <p>Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.</p> <p>También, realice sus pagos presentando el Código de Barras y sólo en efectivo, en todas las cajas de los almacenes del Grupo Exito (Exito, Carulla, Surtimax, Pomona y HomeArt).</p> | <p>Las siguientes entidades ofrecen el servicio de financiación de primas de seguros de Chubb:</p> <ul style="list-style-type: none">- Credivalores S.A.- Finesa S.A.- Banco Pichincha S.A.- Servifin <p>La financiación de primas de seguros que un tomador realice sobre los productos de Chubb Seguros Colombia S.A., se realiza directamente por acuerdo expreso del tomador de la póliza y la entidad financiera, por lo cual Chubb Seguros Colombia S.A. no se hace responsable por el servicio prestado por estas entidades.</p> |

IMPORTANTE: Cuando el Tomador y/o Asegurado realice pagos a través de terceros por él contratados como fiduciarias, carteras colectivas, corredores de bolsa, casa matriz, etc., deberá enviar soporte del pago a Chubb Seguros Colombia S.A. al correo electrónico pagos.clientes@chubb.com y a su intermediario de seguros.

Descubra el nuevo Chubb en chubb.com/co

Señores

JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

E. S. D.

REF. PODER DE REPRESENTACIÓN

RAD. 19001333300820200014100

DTE. SUR MARGARITA MUÑOZ QUESADA Y OTROS

DDO. CLÍNICA LA ESTANCIA S.A Y OTROS

LLAMADO EN GARANTÍA: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

DANIEL GUILLERMO GARCÍA ESCOBAR, mayor de edad, vecino de la ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.741.658 de Cali, en mi calidad de Representante legal de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., legalmente constituida, identificada NIT número 860.026.518-6, en calidad de llamado en garantía en el proceso de la referencia, por este medio me permito manifestar a usted, que confiero poder especial, amplio y suficiente al abogado SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS, mayor de edad, vecino y residente de la ciudad de Bucaramanga, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.543.602 de Bucaramanga, portador de la tarjeta profesional No. 162.416 del Consejo Superior de la Judicatura, como **Apoderado Principal** y a la abogada CLAUDIA MILENA CARVAJALINO GONZÁLEZ mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.098.703.598 de Bucaramanga, portadora de la Tarjeta profesional número 297.805 del Consejo Superior de la Judicatura como **Apoderado Suplente**, para que se notifiquen del auto admisorio de la demanda y/o llamamiento, contesten y propongan excepciones, asistan a las audiencias programadas por su despacho y en general, ejecuten todas las acciones pertinentes a salvaguardar los intereses de la compañía.

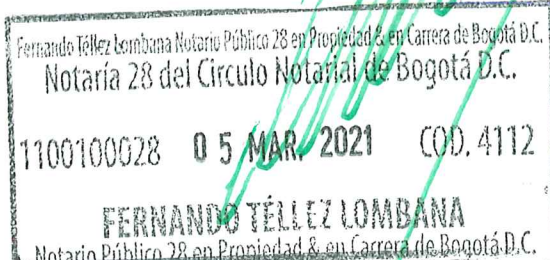
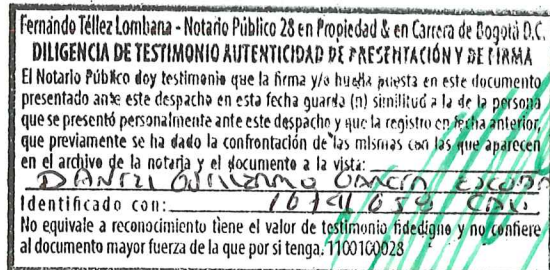
Mis apoderados tienen facultades expresas para Conciliar, Transigir y Recibir así como para desistir, renunciar, sustituir y reasumir este poder y demás facultades que le confiere el Art. 77 del código de general del proceso, para la defensa de mis derechos. Solicito al Señor Fiscal, se sirva reconocer personería a mis apoderados.

Atentamente,


DANIEL GUILLERMO GARCÍA ESCOBAR
C.C. No. 16.741.658 de Cali


SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS
C.C. 3.543.602 de Bucaramanga
T.P No. 162.416 del C. S de la J.

CLAUDIA MILENA CARVAJALINO GONZÁLEZ
C.C. 1.098.703.598 de Bucaramanga
T.P. 297.805 del C.S. de la J.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1006784665387176

Generado el 30 de julio de 2021 a las 09:27:50

**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: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 5100 del 08 de octubre de 1969 de la Notaría 3 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación SEGUROS COLINA S.A.

Escritura Pública No 809 del 11 de marzo de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

Escritura Pública No 1071 del 04 de abril de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocoliza el acuerdo de fusión mediante el cual, CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A. absorbe a LA CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

Escritura Pública No 3583 del 07 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por ACE SEGUROS S.A.

Resolución S.F.C. No 1173 del 16 de septiembre de 2016, la Superintendencia Financiera no objeta la fusión por absorción entre Ace Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., protocolizada mediante Escritura Pública No.1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Su domicilio principal será en la ciudad de Bogotá D.C. y cambio su razón social por la de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 645 del 12 de marzo de 1970

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente que será Representante Legal de la Compañía y será elegido por la Junta Directiva para períodos de un (1) año, pudiendo ser reelegido indefinidamente o removido en cualquier tiempo. La Junta Directiva nombrará representantes legales adicionales al Presidente, para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente o removidos en cualquier tiempo. Los representantes Legales tomarán posesión ante el Superintendente Financiero.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE: Corresponde al Presidente las siguientes funciones: a) Representar a la Sociedad y administrar sus bienes y negocios con sujeción a la Ley, a los Estatutos, a las Resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva, con las limitaciones que estos Estatutos le imponen; b) Constituir apoderados judiciales de la Sociedad para tramitación de negocios específicos; c) Constituir apoderados extrajudiciales de la Sociedad ante cualquier autoridad gubernamental o entidad semioficial o particular o ante Notario para la realización de gestiones específicamente determinadas, comprendidas dentro del límite de sus propias atribuciones; d) Celebrar o ejecutar por sí mismo todos los actos y contratos en que la Sociedad haya de ocuparse, pero cuando se trate de adquisición, enajenación o gravamen de bienes raíces, deberá obtener aprobación de la Junta Directiva si su valor excediere de veinticinco millones de pesos (25.000.000.00) moneda legal; e) Someter a la aprobación de la Junta Directiva, la creación de los cargos de Vicepresidentes y/o Auxiliares Ejecutivos, la creación o supresión de Sucursales y los nombres de las personas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1006784665387176

Generado el 30 de julio de 2021 a las 09:27:50

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

designadas para ejercer dichos cargos o para gerenciar las Sucursales; f) Crear los cargos necesarios para el buen funcionamiento de la Sociedad, nombrar a las personas que han de desempeñarlos, señalar sus asignaciones y elaborar los contratos laborales a que hubiere lugar; g) Presentar a la Asamblea General de Accionistas, en su reunión ordinaria anual, un informe escrito sobre la forma en que hubiere llevado a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomiende así como el proyecto de distribución de utilidades, todo lo cual deberá haber sido aprobado por la Junta Directiva; h) Designar Corredores o Agentes de Seguros y celebrar los contratos a que hubiere lugar; i) Autorizar con su firma los balances de la Sociedad, los Títulos de acciones y las copias de las Actas que se expidan, tanto de las reuniones de la Asamblea General de Accionistas como de la Junta Directiva; j) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva; k) Solemnizar las reformas de los Estatutos; l) Llevar a cabo la liquidación de la Sociedad a menos que la Asamblea General de Accionistas designe otro y otros liquidadores; m) Las demás que le asigne o delegue la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva y dar cumplimiento a las órdenes que le impartan dichos organismos. (Escritura Pública 1482 del 21 de octubre de 2016 Notaría 28 de Bogotá D.C.)

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

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO |
|--|--------------------------|---------------------|
| Manuel Francisco Obregón Trillos Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016 | CC - 79151183 | Presidente |
| Olivia Stella Viveros Arcila Fecha de inicio del cargo: 24/09/2015 | CC - 29434260 | Representante Legal |
| Maria Del Mar Garcia De Brigard Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016 | CC - 52882565 | Representante Legal |
| Óscar Luis Afanador Garzón Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016 | CC - 19490945 | Representante Legal |
| Gloria Stella García Moncada Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016 | CC - 39782465 | Representante Legal |
| Daniel Guillermo García Escobar Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016 | CC - 16741658 | Representante Legal |
| Lorena Gutiérrez Flores Fecha de inicio del cargo: 07/02/2019 | PASAPORTE - G23204652 | Representante Legal |
| María Patricia Arango Vélez Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016 | CC - 43510821 | Representante Legal |
| Carolina Isabel Rodríguez Acevedo Fecha de inicio del cargo: 12/10/2017 | CC - 52417444 | Representante Legal |
| Ivonne Orozco Vasconsellos Fecha de inicio del cargo: 04/01/2018 | CC - 49786217 | Representante Legal |

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1006784665387176

Generado el 30 de julio de 2021 a las 09:27:50

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

NOMBRE

Luis José Silgado Acosta
Fecha de inicio del cargo: 27/02/2020

IDENTIFICACIÓN

CC - 79777524

CARGO

Representante Legal (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020064283-000-000 del día 13 de abril de 2020, la entidad informa que con Acta No. 358 del 27 de marzo de 2020, fue removido del cargo de Representante Legal. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)

Carlos Humberto Carvajal Pabón
Fecha de inicio del cargo: 01/12/2016

CC - 19354035

Representante Legal


RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, multirriesgo industrial, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, salud y vida grupo. Con Resolución 1451 del 30 de agosto de 2011 Revocar la autorización concedida a ACE SEGUROS S.A, para operar los ramos de Seguro de Vidrios, Salud y Colectivo de Vida, decisión confirmada con resolución 0756 del 25 de mayo de 2012.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de Multirriesgo industrial se debe explotar según el ramo al cual corresponda cada amparo. b) El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.B. No 0746 del 13 de mayo de 2005 Ramo de Seguros de Exequias

Resolución S.F.C. No 0159 del 18 de febrero de 2015 , la Superintendencia Financiera autoriza para operar el ramo de seguros de salud

Escritura Pública No 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Como consecuencia de la absorción de Chubb de Colombia asume los ramos de aviación, vidrios, colectivo de vida autorizados mediante Resolución 5148 del 31 de diciembre de 1991 a Chubb de Colombia. Circular Externa 052 del 20/12/2002 El ramo multirriesgo familiar se explotara bajo el ramo de hogar.


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."