

Señores

JUZGADO PRIMERO (1º) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE RIOHACHA

Dr. César Enrique Castilla Fuentes – Juez

E. S. D.

Referencia: **Contestación Llamamiento en garantía efectuado por el CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LTDA**

Radicado expediente 44-001-31-03-001-2021-00120-00

Demandante / ISAMEL SEGUNDO y Otros

Demandados / Centro Diagnóstico de Especialistas CEDES Ltda y otros

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

JUAN CAMILO ARANGO RÍOS, actuando en mi calidad de apoderado especial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, según poder ya obrante en el expediente, me permito reasumir el poder a mi conferido y presentar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA efectuado por el Centro Diagnóstico de Especialistas CEDES Ltda**, en los términos que cita seguidamente:

CAPÍTULO PRIMERO (1º)
CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

1. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

HECHO PRIMERO. No nos consta, nos atenemos a lo consignado en la historia clínica que es mucho más detallada y rigurosa en la descripción de los antecedentes médicos y patologías de base del señor **LUIS MIGUEL FREILE MORALES**, siendo además de la diabetes tipo 2, el antecedente de Hipertensión Arterial de vieja data, ello pues en historia clínica aportada del 08-02-2018 se reporta antecedente de diagnóstico de las enfermedades señaladas desde 2006, siendo tratado desde la fecha con medicamentos, de los cuales pese a señalarse su adhesión a los mismos, hay en historia clínica expresa anotación de sus familiares de que el paciente de 83 años, en las fechas de su complicación y posterior muerte, pudo ingerir más de la dosis señalada en historia clínica. Por lo anterior, nos atenemos a lo registrado en historia clínica la cual deberá analizarse por el Despacho en su totalidad, lo que no se encuentre allí registrado deberá ser penamente probado a este proceso.

HECHO SEGUNDO. Se acepta como cierto que la fecha de muerte del señor **LUIS MIGUEL FREILE MORALES** fue el 6 de agosto de 2018, conforme se acredita en su registro civil de defunción., debiéndonos atener a lo que se pruebe debidamente a este proceso frente a la causa de esta.

HECHO TERCERO. No nos consta, nos atenemos a lo expresamente anotado en historia clínica frente a su afiliación al sistema y lo que se logre probar frente a la referida EPS y su actuar.

HECHO CUARTO. No nos consta, nos atenemos a lo que frente a la calidad de pensionado se pruebe, siendo para la fecha de muerte el paciente un paciente de 83 años de edad con comorbilidades múltiples.

HECHO QUINTO. No es cierto. Según se aprecia en historia clínica del mes de julio de 2018 no se reporta lo señalado en este hecho por los demandantes, por ende nos atenemos a lo que se pruebe debidamente a este proceso.

HECHO SEXTO. . No es cierto. Según se aprecia en historia clínica del mes de julio de 2018 no se reporta lo señalado en este hecho por los demandantes, siendo registradas atenciones en la CLÍNICA CEDES en dicho mes por motivos diferentes, debiéndonos ceñir a lo expresamente señalado en historia clínica, por ende nos atenemos a lo que se pruebe debidamente a este proceso.

HECHO SÉPTIMO. No es cierto. Según historia clínica en el servicio de urgencias del CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LTDA el 04 de agosto de 2018 se atendió paciente de 83 años que consultara por que "ESTÁ DESCOMPENSADO", siendo su atención debidamente registrada en historia clínica, siendo su alta por mejoría de su cuadro clínico con indicaciones y signos de alarma entendidos por el paciente y sus familiares. Por lo anterior, la historia clínica deberá ser valorada en su integridad, debiéndose probar debidamente aquello que no se encuentre expresamente señalado.

HECHO OCTAVO. Es parcialmente cierto. Según se aprecia en historia clínica del 05 de agosto de 2018 ingresa al servicio de urgencias del CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LTDA, siendo valorado por medicina general a las 22:00 horas, atención que se da por la .

HECHO NOVENO. No es cierto. Según se aprecia en historia clínica del 05 de agosto de 2018, en la madrugada, el paciente ingresa con un cuadro complejo, con riesgo alto de inestabilidad metabólica y hemodinámica, siendo comentado e iniciado proceso de referencia y contra referencia con su EPS, siendo ya referida la respuesta pertinente por parte de las entidades del sistema vinculadas a este proceso que acreditan que en efecto se inició el proceso respectivo. Por lo anterior, nos atenemos a lo que frente a la atención y remisión se encuentra señalado en historia clínica y documentación del trámite, anexo técnico 9, lo que no esté expresamente señalado deberá ser probado por la parte actora..

HECHO DÉCIMO. No es cierto. Según se aprecia en historia clínica del 06 de agosto de 2018 el paciente fue visto por especialista internista Dr. ISRAEL VILLADA FONSECA, en dos oportunidades, a las 07:40 y a las 11:39 y también por medicina general, registrándose su complejo estado de salud, presentándose paro respiratorio debidamente atendido y remisión a UCI adultos donde pese a la atención debida se presenta el lamentable deceso del paciente a las 21:30 horas por complicaciones asociadas a su condición. Lo que no se encuentre expresamente señalado deberá ser plenamente probado al proceso.

HECHO DÉCIMO PRIMERO. Es parcialmente cierto. Según se aprecia en historia clínica del paciente el 06-08-2018 se da el fallecimiento del paciente LUIS MIGUEL FREILES MORALES, debiéndonos atener al contenido expreso de la historia clínica.

HECHO DÉCIMO SEGUNDO. No nos consta. Desconoce esta defensa si en efecto el señor LUIS MIGUEL FREILE MORALES a sus 83 años y con las enfermedades descritas en su historia clínica era en efecto el jefe de su hogar y era quien tomaba las decisiones en el mismo.

HECHOS DÉCIMO TERCERO Y DÉCIMO CUARTO. No nos consta. Desconoce esta defensa de las supuestas afectaciones del supuesto grupo familiar. Nos atenemos a lo que se pruebe debidamente a este proceso.

2. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA ACCIÓN

Sin desconocer la existencia del contrato de seguro que determina la vinculación de mi poderdante en calidad de llamada en garantía, manifestamos oponernos frente a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, a título de la supuesta responsabilidad civil, pues a nuestra llamante en garantía CLÍNICA CEDES LTDA ningún tipo de responsabilidad le es atribuible de cara a los lamentables hechos que condujeron a la muerte del señor LUIS MIGUEL FREILE MORALES, ni por concepto de culpa, negligencia, violación de reglamentos, omisión o pérdida de oportunidad, careciendo las atribuciones de responsabilidad de la demanda de fundamento médico científico que funde la supuesta falla médica. Es así como al no porbarse la supuesta falla médica de la demandada CLÍNICA CEDES LTDA, no tendrá lugar tampoco la eventual condena en costas y agencias en derecho solicitadas por la parte demandante.

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

3.1 PRINCIPALES

3.1.1. INEXISTENCIA DE CULPA

No puede decirse que existe algún grado de culpa por parte la CEDES LTDA, quien llamó en garantía a mi representada, en tanto que al señor LUIS MIGUEL FREILE MORALES se le brindaron todos los servicios en atención con los que esta presentaba al momento de ingresar el paciente a la IPS, siendo cumplidos los requerimientos de atención conforme a su evolución y ordenada su remisión a unidad de Cuidados Intensivos cuando la evolución insatisfactoria del paciente lo requirió. El personal médico actuó con la debida diligencia, cuidado y pericia de profesionales especialistas, los cuales frente a los diagnósticos posibles, actuaron de manera inmediata, conforme a la *Lex Artis* frente a las necesidades de atención que representaba el paciente, determinando su remisión ante la imposibilidad física de atención, sin dejar de brindar la atención mientras se garantizaba su traslado donde se le autorizara por el sistema de remisión y contra remisión, siendo el lamentable desenlace la evolución de sus patologías de base, sin que frente a las mismas se hubiese podido ofrecer atención o tratamiento que hubiese podido derivar en un resultado diferente .

Es de anotar que la entidad demandada, no negó la prestación de ningún servicio, y *contrario sensu*, ofreció la atención multidisciplinaria y practicó todos los exámenes de laboratorio requeridos, siendo los medicamentos y proceder médico el esperado conforme a la evidencia diagnóstica y clínica.

El tema de la responsabilidad de las IPS, se ha ubicado también dentro del tema referente a la responsabilidad médica, en tanto la actuación de los profesionales a su cargo, puede comprometer en ocasiones la responsabilidad de estos establecimientos, lo cual no se evidencia en este caso en particular.

Una IPS no es más que el ámbito espacial donde los médicos desarrollan su labor profesional y en donde la medicina cumple sus fines, cuales son, cuidar la salud del hombre, propender por la prevención de las enfermedades y mejorar los patrones de vida de la colectividad.

CENTRO DE ESPECIALISTAS CEDES LTDA cumplió acertadamente con la función que ejerce en la sociedad, pues estaba lo suficientemente dotada en calidad y cantidad, para satisfacer en la mayor medida posible la demanda de los servicios médicos para los cuales se encontraba habilitada, ello sin perder de vista el nivel de atención y consecuentemente las especialidades que con base a dicho nivel requiere tener. Por ello, cuenta con instalaciones adecuadas e higiénicas, con medicamentos y aparatos y con un buen número de personal médico hospitalario calificado para garantizar la prestación de los servicios de salud al cual se le ha autorizado.

En sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera. Sala de lo Contencioso Administrativo, del 16 de marzo de 1992, se expresó que:

"(...) dentro del normal desarrollo de las funciones hospitalarias, se encuentra el suministro normal a los pacientes de las drogas, alimentos, atenciones y servicios adecuados para conservar su salud y mantener su integridad y su vida (...)"

El primer fallo importante que se presentó en Colombia sobre responsabilidad civil médica, se produjo en 1940 por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. En esta oportunidad este organismo señaló que la obligación del profesional era de medio porque,

"(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de este (...)"

Circunstancia que hoy en día sigue siendo clara para nuestros altos tribunales, como se puede ver en sentencia reciente de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal, Proceso nº 33920, Magistrado Ponente Augusto J. Ibáñez Guzmán, del 11 de abril de 2012, en la cual se dice que

"(...) si hay una actividad peligrosa en la que se debe consentir la existencia de un riesgo permitido, esa es la medicina. En verdad, se admite cierto nivel de exposición al daño inherente a su ejercicio, en tanto se trata de una ciencia no exacta cuya práctica demanda para el colectivo social la necesidad de aceptar como adecuada la eventual frustración de expectativas de curación o recuperación, siempre que no se trascienda a la estructuración de una aproximación al daño evitable o no tolerado."

Así las cosas, es decir, partiendo de la base de que la obligación médica es de medio y no de resultado, se sigue que para que surja la responsabilidad del galeno, tiene que probarse que los daños causados por este, se debieron a que no actuó con la debida diligencia y cuidado al realizar sus funciones, situación que no se configura en este caso, máxime si se tiene en cuenta que en la CLÍNICA CEDES LTDA se brindaron al paciente todos los servicios para el manejo de la sintomatología que presentaba, sin que pudiera ser absolutamente preciso y sin ningún margen de error el diagnóstico médico inicial, siendo por demás ordenado el tratamiento al manejo de las quemaduras y el soporte funcional en todo momento de su evolución, sin que el shock séptico y la hiperperfusión tisular fueran consecuencia de su proceder.

Al respecto la Corte dice que:

"En las obligaciones de medio, el trabajo de apreciación por parte del juzgador, es a menudo delicado, porque aquí no hay lugar a confundir el incumplimiento con la

culpa. No basta para deducir responsabilidad del deudor, comprobar la existencia de una inejecución, sino que se hace indispensable estimar si ella es culposa, para lo cual debe compararse la conducta del deudor, con la que hubiera observado un hombre de prudencia ordinaria, normal y usual, colocado en la misma situación objetiva de aquel. Si el resultado de la comparación es desfavorable al deudor, surge entonces la responsabilidad"

La razón de que el médico este sujeto a una obligación de medio, es que él no puede garantizar la curación de su paciente debido a que este resultado no depende exclusivamente de su accionar individual, sino que intervienen otros factores que pueden evitarlo, tales como reacciones imprevisibles del organismo, otras enfermedades de base o padecimientos del paciente, la irreversibilidad de la misma enfermedad y daños ya existentes en los órganos y sistemas del cuerpo humano.

Al respecto se dice que:

"Lo que hace que el médico, a pesar del papel activo que desempeña en la ejecución del contrato, solo tenga una obligación de medio, radica en que, por más que controle la ejecución del contrato, de todas maneras hay una serie de fuerzas físicas y biológicas que influyen en el resultado, hasta el punto de que el médico solo tiene unas limitadas probabilidades de lograr la curación, que es el objetivo buscado por el acreedor, es decir, por el paciente. Significa lo anterior que, en el caso de la responsabilidad civil del médico, las obligaciones de este son de medio en principio, porque a pesar de la pasividad del paciente y de la actividad del médico, este debe jugar con una serie de factores aleatorios que le impiden garantizarle a aquel que obtendrá el resultado buscado al contratar". Tamayo Jaramillo, Javier. "Culpa Contractual". Bogota, Ed. Temis, 1990. Pag. 198.

Con todo lo anterior habría que concluir que la supervivencia de un paciente, depende del elemento aleatorio, irresistible e imprevisible que son las fuerzas de la naturaleza y los avatares propios de la condición humana, razón por la cual, los médicos o centros hospitalarios, no están, en la mayoría de los casos, en la certeza de obtener ese resultado que es la supervivencia, razón por la cual no se pueden comprometer a lograrlo, ni mucho menos, el ordenamiento jurídico puede exigirselos, por cuanto su capacidad física solo les permite emplear los medios que normalmente conducen a conseguir el resultado esperado.

En el caso de la referencia, es absolutamente claro que el CENTRO DE ESPECIALISTAS CEDES LTDA, a través de su personal capacitado, desplegó toda la diligencia necesaria para tratar las patologías y clínica del paciente FREILE MORALES.

3.1.2. OBLIGACION DE MEDIO - EXONERACION POR CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL PERSONAL MEDICO

El señor LUIS MIGUEL FREILE MORALES recibió la atención requerida, que la ciencia médica exige, en tanto el diagnóstico inicial se compadecía con la clínica de su caso, ordenándose los exámenes y tratamiento debido, siendo también ordenada su remisión a unidad especial y su atención en UCI cuando fue requerido, no sin antes iniciar el manejo del requerimiento clínico del paciente en cada estadio de su evolución.

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

Dispone nuestra jurisprudencia:

Considerar que la obligación medica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, por lo cual NO ES DE RECIBO, pues resulta claro que en este manera el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es el quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no pueden imputarse a un comportamiento irregular de la entidad (Sentencia de Agosto 24 de 1998. Expediente 11.833 C.P Jesús María Carrillo Ballesteros). Negrilla, mayúscula y subraya nuestra

Ahora bien, aunado a lo anterior, no es admisible el juicio valorativo que hace la parte demandante, al afirmar cuál era el diagnóstico correcto o suponer que en el manejo se pudo haber dado una supuesta negligencia y eventual pérdida de la oportunidad, la cual por demás no se determina, pues es claro que, una vez se tiene conocimiento del desenlace y el origen y magnitud de las lesiones, puede concluirse cuál era el diagnóstico y eventual manejo alternativo en la etapa primigenia, pero todo ello resulta ser un juicio ex post que no puede servir de argumento para hacer un juicio de culpabilidad como lo pretende la parte demandante.

En este sentido, resulta claro que el personal médico de la CEDES LTDA actuó con la diligencia y cuidado que les eran exigibles, realizando las evaluaciones médicas, que requería el paciente, y brindando de manera inmediata, pronta, oportuna, especializada, los servicios requeridos y que le eran exigibles según su nivel de atención.

Tampoco se vislumbra en el presente asunto, prueba alguna del elemento subjetivo culpa en el actuar de CEDES LTDA, ni en los médicos que atendieron al paciente

Habrà en el proceso que probarse las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se presentaron los hechos, para que pueda afirmarse la existencia de una culpa, así como la existencia de una oportunidad real y que esta en efecto se perdió por el actuar culposo de los miembros de la demandada, máxime cuando el presente proceso está sujeto al criterio de imputación de la **CULPA PROBADA**

3.2 SUBSIDIARIAS

3.2.1. EXCESIVA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Partiendo del eventual caso en que no prosperen las excepciones principales y se considere responsable a CEDES LTDA, tendrá que tenerse en cuenta en primer lugar el patrón de tasación de los perjuicios extra patrimoniales que ha venido reconocido la jurisdicción civil en sus más recientes pronunciamientos y a los criterios que se han tenido en cuenta al momento de decidir este tipo de condenas

En segundo lugar, no puede admitirse que de la sola prueba del parentesco se siga necesariamente el reconocimiento de perjuicios morales. Al igual que cualquier perjuicio, frente a los daños morales hay que probar su existencia y magnitud, porque no necesariamente al existir un vínculo de parentesco, se puede asegurar que necesariamente se padece un dolor que sea susceptible de ser indemnizado. Piénsese por ejemplo de un padre que nunca actuó como tal, en un padre que en vez de ser amado fue odiado, o casos parecidos, donde no es directamente proporcional la tristeza padecida al simple hecho de que se establezca un parentesco.

En tercer lugar, deberá ser evaluado rigurosamente la tasación, que dentro de este tope se haga de los perjuicios extrapatrimoniales, pues resultaría absolutamente injusto que se les reconociera a todos los demandantes por igual y al tope máximo que la jurisprudencia en materia civil ha reconocido a aquellas personas que han perdido a los seres queridos, con los que se tenían vínculos más estrechos y frente a los cuales se ha sufrido un padecimiento de tal magnitud que dicha corporación ha otorgado el máximo tope indemnizable por estos perjuicios.

Es evidente, de conformidad con las tendencias jurisprudenciales en esta materia, que existe una clara desproporción entre lo que se viene reconociendo en materia de perjuicios morales y la totalidad de lo pretendido por la parte actora por concepto de perjuicios morales.

Al respecto hemos de anotar que, a más de ser excesiva la cuantificación que se hiciera en la demanda por concepto de tales perjuicios, la tasación de los mismos corresponde al criterio y acertado arbitrio del Juez, para lo cual tendrá en cuenta el real y verdadero daño causado y una serie de circunstancias que permitan al fallador tasar estos perjuicios, que por su naturaleza son subjetivos.

Por tanto, solicitamos al Despacho, sea desatendida esta pretensión, en los términos solicitada por ser excesiva.

3.2.2. APLICACIÓN AL PRINCIPIO IURA NOVIT CURIA

Le solicito se sirva declarar todas aquellas excepciones de mérito que no hubieren sido presentadas, pero que hayan sido, de acuerdo con la ley, debidamente probadas dentro del proceso, de acuerdo con el principio *Iura Novit Curia*.

CAPITULO SEGUNDO(2°) CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR CEDES LTDA

1. SOBRE LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

FRENTE A LOS HECHOS PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO.
clínica del 05 de AGOSTO DE 2018.

Son ciertos según se aprecia en historia

FRENTE A LOS HECHOS CUARTO Y QUINTO. de agosto de 2018.

Son ciertos según se aprecia en la historia clínica del 06

FRENTE AL HECHO SEXTO. Es cierto según se aprecia en la demanda que estos son los demandantes quienes dirigen la acción frente a la hoy llamante en garantía, debiéndonos atener a lo que frente a los elementos de la responsabilidad civil pretendida resulte debidamente probado al proceso.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO. Es cierto según se aprecia en la demanda que estos son los hechos y reproches de atención realizados en la demanda, debiéndonos atener a lo que frente a los elementos propios de la responsabilidad civil pretendida se logre porbar por el extremo accionante.

FRENTE AL HECHO OCTAVO. Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que ICEDES LTDA, demandada, ha contratado con mi poderdante la póliza Nro. **1003539**, póliza que se remplazara por la Nro. **1010091** y que en efecto opera por el sistema de reclamación, con retroactividad desde el 18-12-2002, por lo cual si bien es cierto se ha venido renovando en el tiempo, solo podrá ser eventualmente afectable el certificado vigente para la fecha de reclamación a la demandada, reclamación que se dio solo hasta el **06 de octubre de 2021**, fecha en la que se presentó demanda por los aquí demandantes, la cual, es decir solo sería eventualmente afectable el **certificado Nro. 1 vigente entre el 18-12-2020 y el 18-12-2021**, el cual ampara hechos ocurridos a partir de la primera póliza emitida, es decir desde el **18-02-2002** y reclamados en vigencia de este certificado.

Si bien la afirmación hecha es cierta en cuanto a la existencia del contrato de seguro póliza Nro. 1010091 y a sus límites temporales, la cual no se niega por parte de mi poderdante, la relación contractual existente entre el llamante en garantía y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS está sujeta a unas condiciones de aseguramiento pactadas en el contrato de seguro, condiciones a la cual se supedita cualquier eventual indemnización con cargo al contrato de seguro.

2. SOBRE LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Nos atenemos a la condiciones de aseguramiento pactadas en el contrato de seguro número **1010091**, por el cual se nos llama en garantía, advirtiendo que según el certificado afectable, certificado Nro. 1, le son aplicables las condiciones contenidas en el clausulado RCP-006-4, frente a lo cual manifestamos acogernos en todo a las condiciones de aseguramiento pactadas, ello sin que pueda considerarse por parte del Despacho solidaridad alguna frente a nuestro asegurado.

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE ALLAMAMIENTO EN GARANTIA

3.1 CONSIDERACIÓN PRELIMINAR SOBRE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA QUE OCUPA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA / RECLAMACIÓN EFECTURADA DENTRO DEL CERTIFICADO NRO. 1 DE LA PÓLIZA NRO. 1010091

En el presente proceso, el llamamiento en garantía se efectúa con citación de una póliza que tuvo su expedición el 18 de diciembre de 2002, y que en efecto se ha venido renovando en el tiempo. Según aparece acreditado con la demanda, la reclamación a nuestro asegurado se dio solo hasta el **06 de octubre de 2021**, fecha en la que se presentara demanda con medidas, es decir, solo sería eventualmente afectable el **certificado Nro. 1 de la póliza Nro. 1010091 vigente entre el 18-12-2020 y el 18-12-2021**, el cual ampara hechos ocurridos a partir del 18-12-2002 y reclamados en vigencia de este certificado afectable.

Por tanto, dada nuestra naturaleza pública, en respeto por el principio de lealtad procesal y la buena fe que caracteriza a mi poderdante en sus negocios; ésta contestación parte de la base de la existencia de dicho contrato en su certificado Nro. 1.

3.2. CONFIGURACIÓN DE UNA EXCLUSIÓN ABSOLUTA

En el remotísimo evento que llegare el despacho a acceder a las pretensiones de la parte actora, y se logre probar en el curso del proceso que el acto médico objeto de reproche se encuentre bajo los criterios de negación o pérdida de la oportunidad por la indebida remisión del paciente a otra institución y que esta se debe a decisiones administrativas, solicitamos se aplique lo dispuesto en hoja anexa Nro. 3 de la póliza 1010091 numeral 22, donde se excluye del amparo del contrato de seguro:

"22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativa"

3.3. NO COBERTURA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROPIA DE LOS MÉDICOS.

En el evento que se logré demostrar alguna responsabilidad de alguno de los médicos tratantes, esta responsabilidad **no está cubierta por la póliza 1010091**, base del presente llamamiento, ya que de conformidad con lo preceptuado en las condiciones particulares se pactó como exclusión en el numeral 7 la siguiente:

"7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud."

Conforme al clausulado citado la simple suscripción del contrato de seguro, mediante la póliza Nro. 1010091 entre mi poderdante y CEDES LTDA, no comporta de manera automática que bajo esta misma póliza se cubra la responsabilidad profesional propia de los médicos. En el caso sub judice no reposa en el expediente, prueba de que se haya llevado a cabo un endoso especial, tal como se exige en el clausulado del contrato de seguro, prueba por demás que correspondía al llamante en garantía, por lo tanto, de encontrar el despacho que se trata de una responsabilidad civil propia del galeno, la póliza 1010091, no otorga cobertura a la responsabilidad civil profesional propia del médico, ya que estos deben tener una póliza individual de responsabilidad civil.

3.4. EXCLUSION POR DOLO O CULPA EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En las condiciones generales de la póliza 1010091 (RCP-006-8) se estableció cuáles eran las Exclusiones que operaban. En este orden de ideas, se estableció en el numeral 2.10 la siguiente exclusión:

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

Así las cosas, en el evento que el despacho considere que se encuentran probados el dolo o la culpa grave de alguno de los médicos y/o auxiliares, deberá aplicarse la exclusión contenida en el numeral 2.10 de las condiciones generales de la póliza, antes citada.

3.5. LÍMITE Y SUBLÍMITE AL VALOR ASEGURADO Y CORRELATIVA DISPONIBILIDAD DE ÉSTE.

En el eventualísimo caso que se condene a mi representada, la condena deberá respetar el límite y sublímite al valor asegurado y la correlativa disponibilidad del mismo en el certificado Nro. 1.

Deberá además atenderse a lo dispuesto en relación con el sublímite establecido para daños extrapatrimoniales se fijo un límite del 20% del por evento es decir CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$400.000.000) POR EVENTO, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Así las cosas, el asegurado no puede reclamar del asegurador una suma mayor que la asegurada, así el daño haya sido superior, siendo fundamental para el caso establecer que la suma debe estar disponible al momento de una remota condena a nuestro representado y que además no se encuentre agotada por otras reclamaciones hechas con cargo a la misma póliza.

Esta sublimitación es de importancia a éste proceso, dado que la mayor parte de las pretensiones son por perjuicios morales.

3.6. DEDUCIBLE PACTADO.

En el eventualísimo caso que se condene a mi representada, la condena deberá respetar, además del límite asegurable y la correlativa disponibilidad del mismo, el deducible pactado en la póliza Nro. 1003539, con vigencias entre el 18-12-2016 y el 18-12-2017.

Este deducible corresponde al 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, SIN QUE ESO SEA INFERIOR A VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000).

De allí que sólo surgirá obligación en cabeza de mi representada en el caso de que una eventual condena excediera esa cantidad mínima, tal y como se establece en el clausulado de la póliza contratada.

3.7. APLICACIÓN AL PRINCIPIO IURA NOVIT CURIA

Le solicito se sirva declarar todas aquellas excepciones de mérito que no hubieren sido presentadas, pero que hayan sido, de acuerdo con la ley, debidamente probadas dentro del proceso, de acuerdo con el principio *Iura Novit Curia*.

CAPITULO TERCERO (3°) OBJECCIÓN AL JURAMENTO EFECTUADO EN LA DEMANDA PESE A SER SOLO RECLAMADOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Existe una equivocada y por demás excesiva tasación de perjuicios ya que estos son tasados de manera exagerada con base en pronunciamientos de un jurisdicción ajena a la Civil Y **NO SE FUNDAN EN PRUEBA APORTADA Y/O SOLICITADA Y EN TODO CASO SUPERAN LOS PRONUNCIAMIENTOS JURISPRUDENCIALES EN LA MATERIA.**

CAPITULO CUARTO (4°) PRUEBAS

1. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicitamos interrogatorio de parte a **los demandantes** el cual será formulado en la oportunidad señalada por el Despacho.

2. TESTIMONIAL

Me reservo el derecho a participar en la práctica de las pruebas testimoniales solicitadas por las partes intervinientes.

3. CONTRADICCIÓN AL DICTAMEN PERICIAL EN PSICOLOGIA

Por no cumplir con los requisitos de Ley, expresamente señalados en el artículo 226 del CGP el supuesto dictamen pericial que se aporta indebidamente también como una simple documental, nos oponemos a que se tenga como tal el señalado en la demanda como prueba documental como "9. Dictamen psicológico de la doctora ESTHER LETICIA BRITO MOLINA".

En caso de que equivocadamente el Despacho considere el documento cumple con los requisitos del dictamen pericial y puede ser tenido como tal, solicitamos se cite a la supuesta perito para que se permita la contradicción del mismo en audiencia pública, con base en lo dispuesto en el artículo 228 del CGP.

4. PRUEBA DOCUMENTAL APORTADA CON ESTA CONTESTACIÓN


Se aporta con la presente contestación, copia de la póliza de seguros Nro. 1010091 Certificado Nro. 1, así como de su correspondiente clausulado de condiciones generales RCP-006-8.

CAPITULO QUINTO (5º) NOTIFICACIONES

Para efectos judiciales en el presente proceso, mí representada recibe notificaciones en el correo electrónico notificacionesjudiciales@previsora.gov.co y el suscrito apoderado, en la Carrera 46 # 52 - 36, oficina 507, Edificio Vicente Uribe Rendón de la ciudad de Medellín, teléfonos 301 649 15 53., así como en el correo registrado arangojuancamilo@une.net.co

Cordialmente,

JUAN CAMILO ARANGO RÍOS
C.C. 71.332.852 de Medellín
T.P. 114.894 del C.S.J.



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

RCP-006-008



CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

- a) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE ESTE INCURRA, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES, TODOS ELLOS LEGALMENTE HABILITADOS E INTERVINIENTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

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

RCP-006-008



EN ESTE CASO PREVISORA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

- c) ASIMISMO, PREVISORA SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS QUE HAYAN SIDO ATENDIDAS POR ESTE SERVICIO, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- a) PREVISORA RECONOCERÁ HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO DIFERENTE A UNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y QUE OCASIONE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES DE SALUD PROPIAS DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) IGUALMENTE, PREVISORA SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD DE SALUD DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

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

RCP-006-008



1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

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

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

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

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

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

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

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

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

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

RCP-006-008



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

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

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

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

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

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

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

RCP-006-008



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

- o NO PODRÁ NEGARSE A OTORGAR EL AMPARO Y EMITIR EL ANEXO Y/O CERTIFICADO RESPECTIVO.
- o NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- o MANTENDRÁ VIGENTE EL AMPARO HASTA CUANDO SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO OTORGADO DE DOS (2) AÑOS, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL ANEXO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

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

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

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

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

1. LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LOS DIRECTORES Y/O ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
3. EN NINGÚN CASO HABRÁ LUGAR A PAGO BAJO LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA, NI ESTARÁN CUBIERTAS LAS RECLAMACIONES QUE SE PRESENTEN CONTRA UN ASEGURADO, CUANDO CUALQUIERA DE LAS RESPONSABILIDADES CUBIERTAS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA TENGA SU CAUSA, CONSISTA EN, ESTÉ EN CONEXIÓN, TENGA RELACIÓN O SEAN CONSECUENCIA DE:
 - RECLAMOS, DAÑOS O PÉRDIDAS POR INTERRUPCIÓN DE NEGOCIOS (INCLUYENDO PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD Y CUALQUIER PÉRDIDA CONSECUCIONAL), QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y/O CONTAGIOSAS ASÍ COMO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE CUALQUIER MANERA RELACIONADA CON CUALQUIER BROTE DE EPIDEMIAS Y/O PANDEMIAS Y/O ENFERMEDAD A CAUSA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CORONAVIRUS (COVID-19), CORONAVIRUS 2 POR SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV-2), O CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DEL MISMO.

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

RCP-006-008



- RECLAMOS RELACIONADOS CON TRASMISIÓN DE ENFERMEDAD A CAUSA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A COVID-19 O SARS-COV-2.

- RECLAMOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA PRESENCIA DE TODO TIPO DE VIRUS, BACTERIA, AGENTE CONTAMINANTE VIVO O NO VIVO, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A COVID-19 O SARS-COV-2 EN LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA EXCLUSIÓN, ENFERMEDAD INFECCIOSA Y/O CONTAGIOSA SIGNIFICA: UNA ENFERMEDAD QUE SE TRANSMITE DE UNA PERSONA A OTRA POR TRANSMISIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE BACTERIAS O VIRUS ENTRE EL PORTADOR Y LA PERSONA INFECTADA, O A TRAVÉS DE UN VECTOR, COMO ALIMENTOS CONTAMINADOS POR EL PORTADOR Y CONSUMIDO POR LA PERSONA INFECTADA”.

4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
6. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
7. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
8. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE. DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
9. DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
10. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

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

RCP-006-008



11. TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
12. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
13. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
14. FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS.
15. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, Y/O CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
16. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
17. CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
18. CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
19. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
20. RECLAMOS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

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

RCP-006-008



21. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
22. DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
23. DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA, CONTROL O TENENCIA DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
24. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
25. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
26. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO O VINCULADOS A TRAVÉS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS U OTRA MODALIDAD.
27. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
28. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
29. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
30. EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
31. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
32. HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
33. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
34. DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

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

RCP-006-008



35. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
36. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
37. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
38. CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
39. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDA FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
40. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
41. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
42. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
43. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
44. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.
45. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

- a) **Asegurado:** Es el establecimiento médico asistencial que presta el servicio médico de salud, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza. Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.
- b) **Beneficiario:** Persona natural que tiene derecho a recibir la indemnización, en su calidad de paciente y/o esté legalmente legitimado para reclamar un perjuicio, derivado del daño ocasionado al paciente.
- c) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.
- d) **Servicios Profesionales en la atención de la Salud de los pacientes:** Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. Dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.
- e) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- f) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- g) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses moratorios, las costas, gastos y honorarios incurridos por el ASEGURADO para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza.
- h) **Fecha de Retroactividad:** Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Eventos, esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y PREVISORA, en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.
- i) **Indemnización:** Pago efectuado según lo estipulado en la póliza de seguro, por concepto de daños y/o perjuicios amparados por la presente póliza, la cual no puede superar el importe del límite de valor asegurado (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- j) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios de salud y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos, diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- k) **Reclamo:** Cualquier acción judicial o extrajudicial, realizada contra el asegurado o su Asegurador, efectuado por primera vez durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad otorgado, como consecuencia de un perjuicio causado por éste, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por una prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o evento.

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

RCP-006-008



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

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

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos a consecuencia de distintos servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o eventos, PREVISORA responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem Límite Agregado Anual de Cobertura de las Condiciones Particulares el cual comprende los valores indicados de manera individual para cada cobertura.

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

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

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

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

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

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

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

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

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

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

- Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las Reclamaciones de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
- Dar noticia a PREVISORA de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial formulada en su contra. La noticia deberá darse dentro de los (3) tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer dicha situación y deberá incluir la siguiente información:
 1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la prestación de servicios profesionales de atención en la salud a los pacientes;
 2. Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
 3. La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
 4. Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
 5. Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
 6. Nombre y domicilio de los intervinientes en la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes además del Asegurado.
- No asumir ninguna responsabilidad ni conciliar o transigir ninguna Reclamación, ni incurrir en ningún costo o gasto de los que estarían cubiertos por esta póliza sin el consentimiento escrito de PREVISORA.

B. Si durante la vigencia de la póliza o del Periodo Extendido para Reclamaciones, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un Siniestro o a generar una Reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal anterior.

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

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

RCP-006-008



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

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

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

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

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

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

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

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

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

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

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por Previsora, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el Tomador, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a Previsora.

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

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

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

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

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

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

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

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

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

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

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

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

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

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, Previsora podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a Previsora para retener la prima no devengada.

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

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

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

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

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

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- a) PREVISORA tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado, incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc., en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- b) De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico -legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

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

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

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

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

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

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

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

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

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

RCP-006-008



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

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

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

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

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

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RCP-006-008



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

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

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

PÓLIZA N°

1010091

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P.
DÍA 24	MES 12	AÑO 2020	RENOVACION	1	NO
TOMADOR	747371-CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LIMITADA				NIT 800.193.989-8
DIRECCIÓN	CALLE 13 NO. 11-75, RIOHACHA, LA GUAJIRA				TELÉFONO 7280717
ASEGURADO	747371-CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LIMITADA				NIT 800.193.989-8
DIRECCIÓN	CALLE 13 NO. 11-75, RIOHACHA, LA GUAJIRA				TELÉFONO 7280717
EMITIDO EN	RIOHACHA	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN	VIGENCIA
MONEDA	Pesos	DÍA	MES	AÑO	DESDE AÑO A LAS
TIPO CAMBIO	1.00	1803	18	24	12 2020 18 12 2020 00:00
					HASTA AÑO A LAS
					18 12 2021 00:00
					NÚMERO DE DÍAS
					365

CARGAR A: CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LIMITADA

FORMA DE PAGO
11. PAGO A 30,60 Y 9VALOR ASEGURADO TOTAL
\$ 2,000,000,000.00Riesgo: 1 -
CL 13 11 75, RIOHACHA, LA GUAJIRA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES		SI	112,000,000.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	2,000,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	0.00		
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 20,000,000.00 \$		DEL VALOR DE LA PERDIDA

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LIMITADA	NIT 8001939898	100.000 % NO APLICA

RCP-006-8 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR : CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LIMITADA

NIT: 800.193.989-8

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

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

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

PRIMA	\$***112,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**21,280,000.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$*133,280,000.00

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

18/12/2023 12:30:11

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

CÓDIGO	COMPANÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	INTERMEDIARIOS	NOMBRE	%	COMISIÓN
				5180	2		MAGALIS LEONOR ZARATE		

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010091 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

1

DIRECCIÓN: CALLE 13 NO. 11-75 RIOHACHA

ASEGURADOS: CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LIMITADA

NIT: 800.193.989-8

DIRECCIÓN: CALLE 13 NO. 11-75 RIOHACHA

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: RIOHACHA

OBJETO DEL SEGURO

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

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-8

RETROACTIVIDAD: 18/12/2002

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000 por evento y por vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: \$ 133.280.000 IVA INCLUIDO

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$20.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 2% respecto del valor asegurado por evento y 5% respecto del valor asegurado por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 2% respecto del valor asegurado por evento y 5% respecto del valor asegurado por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 20% respecto del valor asegurado por evento y 40% respecto del valor asegurado por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010091 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la caratula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el Sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.
 - b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

EXCLUSIONES

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010091 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

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

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente)
2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen
3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. Amparo para nuevos predios y operaciones.
22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.
23. En ningún caso habrá lugar a pago bajo los amparos de la presente póliza, ni estarán cubiertas las reclamaciones que se presenten contra un asegurado, cuando cualquiera de las responsabilidades cubiertas bajo la presente póliza tenga su causa, consista en, esté en conexión, tenga relación o sean consecuencia de:
 - o Reclamos, daños o pérdidas por interrupción de negocios (incluyendo pérdida de oportunidad y cualquier pérdida consecuencial), que surja directa o indirectamente de enfermedades infecciosas y/o contagiosas así como de las medidas adoptadas para controlar, prevenir, suprimir o de cualquier manera relacionada con cualquier brote de epidemias y/o pandemias y/o enfermedad a causa de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo pero no limitando a coronavirus (COVID-19), coronavirus 2 por síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo
 - o Reclamos relacionados con transmisión de enfermedad a causa de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo, pero no limitando a COVID-19 o SARS-CoV-2.
 - o Reclamos relacionados directa o indirectamente con la presencia de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo, pero no limitando a COVID-19 o SARS-CoV-2 en las instalaciones del asegurado.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010091 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

Para los efectos de esta exclusión, Enfermedad infecciosa y/o contagiosa significa: Una enfermedad que se transmite de una persona a otra por transmisión directa o indirecta de bacterias o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, como alimentos contaminados por el portador y consumido por la persona infectada".

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
 3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
5. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 6. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
 7. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
 8. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
 9. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

IDENTIFICACION DEL PAGO



PREVISORA
SEGUROS

POLIZA No. 1010091

CERTIFICADO No. 1

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

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

Ramo

RESPONSABILIDAD CIVIL

Sucursal

RIOHACHA

Valor Prima

\$112,000,000.00

Valor IVA

\$21,280,000.00

Tomador

747371 - CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LIMITADA

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
25/01/2021	\$*****0.00	\$**37,329,600.00	\$***7,092,624.00				
22/02/2021	\$*****0.00	\$**37,329,600.00	\$***7,092,624.00				
24/03/2021	\$*****0.00	\$**37,340,800.00	\$***7,094,752.00				

APRECIADO CLIENTE

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

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO: 11. PAGO A 30,60 Y 90 DIAS



PREVISORA
SEGUROS

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

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y CENTRO DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LIMITADA

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 133,280,000.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	25/01/2021	\$*****0.00	\$**37,329,600.00	\$***7,092,624.00					
2	22/02/2021	\$*****0.00	\$**37,329,600.00	\$***7,092,624.00					
3	24/03/2021	\$*****0.00	\$**37,340,800.00	\$***7,094,752.00					

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

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1010091	RESPONSABILIDAD CIVIL	1	\$2,000,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de RIOHACHA a los 24 días del mes de DICIEMBRE de 2020

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

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

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

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

SISE-CAR-009-1

CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA - RADICADO - 2021-00120 - LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

UNE Zimbra Tigo <arangojuancamilo@une.net.co>

Lun 29/01/2024 16:17

Para:Juzgado 01 Civil Circuito - La Guajira - Riohacha <j01cctorioha@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC:hilgaolmedo@hotmail.com <hilgaolmedo@hotmail.com>;efrainpimienta <efrainpimienta@hotmail.com>;asistente <asistente@clinicacedes.com>;Guillermo Alfonso Herreño Perez <herrenojuridico@outlook.com>

3 archivos adjuntos (7 MB)

Condiciones Generales RCP -006-008.pdf; Póliza N° 1010091, Certificado 1.pdf; 2024-01-29 Contestación llamamiento en garantía Rdo. 2021-00120 LA PREVISORA S.A..pdf;

Señores
JUZGADO PRIMERO (01°) CIVIL DEL CIRCUITO DE RIOHACHA – LA GUAJIRA
Dr. César Enrique Castilla Fuentes – Juez

E. S. D

REFERENCIA	Contestación llamamiento en garantía efectuado por el Centro Diagnóstico de Especialista -CEDES LTDA
RADICADO	44001 31 03 001 2021 00120 00
DEMANDANTE	Ismael Segundo Freyle Useche y Otros
DEMANDADO	Centro Diagnostico de Especialistas – CEDES y Otros

JUAN CAMILO ARANGO RÍOS, actuando en mi calidad de apoderado especial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de conformidad con el poder especial que obra en este proceso conferido bajo las reglas de Ley 2213 de 2022, me permito presentar dentro del término de ley **CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO POR EL CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS CEDES LTDA**, para lo cual en archivo adjunto remito:

- **Escrito principal:** Contestación llamamiento en garantía, archivo en formato PDF que consta de Trece (13) folios.
- **Anexos:** Copia de la Póliza de seguros N° 1010091, Certificado 1, así como de su correspondiente Clausulado de Condiciones Generales RCP-006-008.

En ese sentido y para efectos de dar cumplimiento en lo preceptuado en la Ley 2213 de 2022, remito copia de esta actuación a las demás partes que integran el presente proceso.

Cordialmente;

JUAN CAMILO ARANGO RÍOS - ABOGADOS
Responsabilidad Fiscal y Disciplinaria
Responsabilidad Civil y del Estado
Derecho de Seguros
Carrera 46 Nro. 52 - 36 Edificio Vicente Uribe Rendón, Oficina 507.
Teléfonos 57+ (60 4) 4735729 - Celular 3016491553 / 3017779113
Medellín-Colombia