

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA DDTE: DERLY MILENA HUILA RAD: 2020-00044

Jacqueline Romero <firmadeabogadosjr@gmail.com>

Jue 16/02/2023 11:30 AM

Para: Juzgado 10 Administrativo - Cauca - Popayan <jadmin10ppn@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: carmonabogados@hotmail.com <carmonabogados@hotmail.com>;Notificaciones Judiciales COSMITET LTDA. <notificaciones_judiciales@cosmitet.net>

Señores:

JUZGADO DECIMO (10) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE POPAYAN

E. S. D.

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Expediente N° 19-001-33-33-010-2020-00044-00

Demandante: DERLY MILENA HUILA CAMPO Y OTROS

Demandado: DUMIAN MEDICAL S.A.S-CLINICA SANTA GRACIA DE POPAYAN Y OTROS.

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

Llamada en Garantía: LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

JACQUELINE ROMERO ESTRADA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 31.167.229 de Palmira Valle, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No 89930 del Consejo Superior de la Judicatura, a usted con el debido respeto manifiesto que obrando en mi condición de Apoderada Judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS**, Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, legalmente constituida y debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, con oficina en la Calle 57 No 9-07 de esta Ciudad y sucursal en la ciudad de Cali, Carrera 5 No 10-39 Piso 8, Representada Legalmente por el Doctor **DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALEN**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1015441384 de Bogotá, manifiesto a usted con el debido respeto por medio del presente escrito que me permito descender el traslado de la demanda y el Llamamiento en Garantía realizado por **COSMITET LTDA** con relación a la demanda formulada por la señora **DERLY MILENA HUILA CAMPO Y OTROS** dentro del proceso de **REPARACION DIRECTA**.

Cordialmente,



Jacqueline Romero Estrada

Abogada

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

Palmira, Valle del Cauca

(+57) 3176921134 – 3182115503 - 2859637

Proyectó: Daniela Romero

Señores:

JUZGADO DECIMO (10) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE POPAYAN
E. S. D.

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Expediente N° 19-001-33-33-010-2020-00044-00

Demandante: DERLY MILENA HUILA CAMPO Y OTROS

Demandado: DUMIAN MEDICAL S.A.S-CLINICA SANTA GRACIA DE POPAYAN
Y OTROS.

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

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

JACQUELINE ROMERO ESTRADA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 31.167.229 de Palmira Valle, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No 89930 del Consejo Superior de la Judicatura, a usted con el debido respeto manifiesto que obrando en mi condición de Apoderada Judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, legalmente constituida y debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, con oficina en la Calle 57 No 9-07 de esta Ciudad y sucursal en la ciudad de Cali, Carrera 5 No 10-39 Piso 8, Representada Legalmente por el Doctor **DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALEN**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1015441384 de Bogotá, manifiesto a usted con el debido respeto por medio del presente escrito que me permito descender el traslado de la demanda y el Llamamiento en Garantía realizado por **COSMITET LTDA** con relación a la demanda formulada por la señora **DERLY MILENA HUILA CAMPO Y OTROS** dentro del proceso de **REPARACION DIRECTA**.

DESIGNACIÓN DEL LLAMADO EN GARANTIA

LLAMADO EN GARANTÍA

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

REPRESENTANTE LEGAL

DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALEN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1015441384 de Bogotá, en calidad de Representante Legal de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación de la Cámara de Comercio de Bogotá que ya obra en el expediente.

APODERADA JUDICIAL

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

CAPÍTULO I

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

AL HECHO 1: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, conforme a la contestación del asegurado Cosmitet Ltda es parcialmente cierto. Es cierto que el día 12 de marzo de 2018 nació sin ninguna complicación en el procedimiento de cesárea la menor ANA MILE PAJA HUILA, hija de la señora DERLY MILENA HUILA CAMPO y el Señor OSNY ELIAD PAJA QUINA, tal y como consta en la historia clínica y los registros civiles de nacimiento que se allegan con la demanda.

No obstante, no es cierto que se hayan llevado los debidos controles prenatales como lo afirma el apoderado demandante, pues solo basta con observar la historia clínica que aporta el mismo apoderado en la que se reporta un inicio tardío a las 18.2 semanas, para concluir que la madre de la menor no acudió a los controles prenatales como debía, y que además el embarazo no fue planeado, por lo que se consideró de alto riesgo, como se observa en la historia clínica de la ESE TIERRADENTRO INZA con fecha de 01 de noviembre de 2017.

AL HECHO 2: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO 3: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las atenciones recibidas en Profamilia, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No es cierto, pues no sabemos bajo que argumento científico manifiesta el apoderado demandante que se exigía la práctica de una ecografía de alto nivel desconociendo el avanzado estado de gestación, y el alto riesgo de embarazo como se anotó anteriormente, tampoco es cierto que se le haya negado la autorización del examen.

Por tanto, todas estas afirmaciones deben ser sometidas conforme la carga de la prueba en cabeza de la demandante, a la debida validación y demostración probatoria en la correspondiente etapa procesal. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO 4: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, ninguna de las manifestaciones de este hecho, pues se trata de apreciaciones precipitadas subjetivas sin un sustento fáctico, probatorio, pues la parte actora no acredita conocimiento médico para manifestar lo aquí consignado.

De conformidad con la historia clínica de la Clínica Santa Gracia, se infiere de la atención médica registrada el día 12 de marzo de 2018, que además de haber sido integral, sin complicaciones y por fortuna exitosa, se le comunicaron a la paciente una serie de recomendaciones de las que vemos no acató varias, pues resulta claro que la paciente volvió a consultar el día 27 de marzo casi 15 días después de ser dada de alta, cuando debía volver a los 3 días con medicina general, a los 8 días para consulta externa con ginecología y a la semana a consulta externa con pediatría, 3 indicaciones a las que hizo caso omiso la paciente.

Además, a la indicación de no auto medicarse la cual no fue atendida como más adelante pasamos a comentar. En efecto, y contrario a lo manifestado por el demandante, si bien, se evidencia una atención oportuna, adecuada por la Clínica Santa Gracia, también se evidencia una mala atención por parte de la paciente a las indicaciones que brindaron los especialistas al darle el alta médica. Indicaciones que no fueron obedecidas y que conllevaron a entorpecer la evolución y el tratamiento de la paciente de una manera súbita. Tal y como se demostrará al cierre del periodo probatorio.

AL HECHO 5: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, conforme a la contestación del asegurado Cosmitet Ltda No es cierto que la paciente haya sido remitida a la Clínica Santa Gracia UCI de la Plata Huila pues su domicilio es en Popayán, ni mucho menos que la paciente haya sido hospitalizada en lamentables condiciones de hospitalización como lo afirma el apoderado demandante.

Lo que, si es cierto señora Juez y que se tenga como confesión, es que la madre y su recién nacida consultaron 15 días después en una situación de urgencias, cuando la indicación era consultar en 3 días como anteriormente quedó demostrado. Es claro, que no consultaron ni a los 3 ni a los 8 días como se le requirió a la paciente, CONSULTA con su hija A LOS 15 DÍAS en una situación de urgencias para la neonata, tanto así que el tratamiento requerido fue en UCI pediátrica.

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

Por tanto, todas estas afirmaciones deben ser sometidas conforme la carga de la prueba en cabeza de la demandante, a la debida validación y demostración probatoria en la correspondiente etapa procesal. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

DEL HECHO 7 AL 16: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de manera directa las manifestaciones realizadas por el extremo actor en estos hechos, se trata de apreciaciones precipitadas subjetivas sin un sustento fáctico, probatorio, dado que corresponden a circunstancias referentes sobre la atención y tratamiento, dada a la paciente, de conformidad con el conocimiento médico y científico que su profesión les comporta, atención sometida al rigor de la *lex artis*, pues no se puede argumentar que existió una falla médica en la atención suministrada a la paciente ANA MILE PAJA, solo apoyándose en apreciaciones y apartes sesgados de la historia clínica.

No obstante, por ser mi representada ajena a la elaboración de la historia clínica allí indicada, por lo que solo se ajustara a lo que realmente con certeza sea probado dentro del desarrollo del litigio a través de los medios idóneos de prueba judicial admitidos por nuestra legislación y establecidas dentro del Código General del Proceso. Además, se debe tener en cuenta que serán los profesionales médicos quienes en la oportunidad pertinente demostraran los motivos que justificaron desde el ámbito médico, la atención que se le brindo a la paciente ANA MILE PAJA. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

Conforme se evidencia en la historia clínica en las atenciones médicas que se brindaron entre el 28 de marzo de 2018 al 06 de abril de 2018, a la paciente se le brindo un tratamiento integral, estuvo en hospitalización 7 días en los cuales se hicieron todos los exámenes necesarios para el tratamiento de su patología, de hecho, como se observa en los días 06 y 07 de abril la evolución fue buena al punto que se recuperó la ingesta de la alimentación y la distensión abdominal, y no como manifiesta la contraparte en estos hechos donde afirma que no se hizo nada, sin entender que no es posible hasta no tener un diagnóstico claro de la patología tomar la decisión de intervenir quirúrgicamente, menos en una paciente con las condiciones en las que llegó la neonata a la UCI de la Clínica Santa Gracia, estado de salud que se recuperó al punto que se decide dar de alta con la indicación de re consultar en 48 horas para continuar con el manejo de cirujano pediatra.

AL HECHO 17 Y 18: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante, conforme a la contestación del asegurado Cosmitet Ltda No es cierto. Además se destaca que el alta de la paciente se da por la satisfactoria evolución que tuvo, no presentaba

deterioro clínico, sus signos estaban dentro de los parámetros normales, sin dificultad respiratoria, tolerando vía oral, se había recuperado su condición de salud respecto de las condiciones en las que ingresó, más allá de lo descrito de manera diligente se ordena y autoriza cita en 48 horas por pediatría y por cirugía pediátrica prioritaria con los respectivos signos de alarma y recomendaciones. Esta fue la última atención que se brindó en la Clínica Santa Gracia, pues la paciente no volvió a consultar en dicha institución.

AL HECHO 19: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo que se pruebe respecto de la atención brindada a la paciente en la CLINICA VALLE DEL LILI.

AL HECHO 20: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía.

Por tanto, todas estas afirmaciones deben ser sometidas conforme la carga de la prueba en cabeza de la demandante, a la debida validación y demostración probatoria en la correspondiente etapa procesal. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

DEL HECHO 21 AL 23: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las manifestaciones de este hecho, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo que se pruebe respecto de la atención brindada a la paciente en el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA.

AL HECHO 24: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de manera directa las manifestaciones realizadas por el extremo actor s, se trata de apreciaciones precipitadas subjetivas sin un sustento fáctico, probatorio, dado que corresponden a circunstancias referentes sobre la atención y tratamiento, dada a la paciente, de conformidad con el conocimiento médico y científico que su profesión les comporta, atención sometida al rigor de la lex artis, pues no se puede argumentar que existió una falla médica en la atención suministrada a la paciente ANA MILE PAJA, solo apoyándose en apreciaciones y apartes sesgados de la historia clínica.

No obstante, por ser mi representada ajena a la elaboración de la historia clínica allí indicada, por lo que solo se ajustara a lo que realmente con certeza sea probado dentro del desarrollo del litigio a través de los medios idóneos de prueba judicial admitidos por nuestra legislación y establecidas

dentro del Código General del Proceso. Además, se debe tener en cuenta que serán los profesionales médicos quienes en la oportunidad pertinente demostraran los motivos que justificaron desde el ámbito médico, la atención que se le brindo a la paciente ANA MILE PAJA. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO 25: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, ninguna de las manifestaciones de este hecho, pues se trata de apreciaciones precipitadas subjetivas sin un sustento fáctico, probatorio, pues la parte actora no acredita conocimiento médico para manifestar lo aquí consignado, es claro que a Luz de la lex artis la misma es de medios y no de resultado, lo anterior toda vez, que el ser humano comporta circunstancias de género, genéticos, factores endógenos y exógenos que no permite que la evolución de cierta patología se comporten de la misma manera.

Aseverar en nuestra condición de profesionales del derecho que se debía realizar o no al paciente tal o cual procedimiento médico o quirúrgico, entrar en el análisis de exámenes de laboratorio es un análisis aventurado y previo, que nace solo del daño que apreciamos, sin apego al rigor científico. Por tanto, todas estas afirmaciones deben ser sometidas conforme a la carga de la prueba en cabeza de la parte actora, a la debida validación y demostración probatoria en la correspondiente etapa procesal. Me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso de conformidad con el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de las pretensiones declarativas y de condena, propuestas por la parte actora, como quiera que no logran edificar los supuestos de hecho y de derecho que se requieren para estructurar la responsabilidad que pretende endilgarse a los demandados y por ende a mi representada **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** Específicamente me refiero a las pretensiones de la demanda de la siguiente manera:

PRIMERO: Me opongo a que se declare administrativa y patrimonialmente responsable a **COSMITET LTDA** por la presunta falla en la prestación del servicio médico brindado a la paciente **ANA MILE PAJA HUILA**, pues no fue aportado material probatorio suficiente para endilgar en cabeza de mi asegurado ningún tipo de responsabilidad.

SEGUNDO: Nos oponemos a la condena de pago de los conceptos exigidos en la pretensión subsiguiente.

A. PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS objeta y se opone de manera directa a la pretensión de daño emergente solicitados de la siguiente manera: A favor de los demandantes la suma de \$30.000.000.

Se resalta que además de acreditar fehacientemente la existencia de los perjuicios materiales que alega la parte actora, deberá también probar mediante los medios idóneos la cuantía de éstos y el nexo causal entre los mismos y alguna acción u omisión de los demandados. Corresponde a la parte actora la carga de demostrar los supuestos de hecho que afirma en la demanda, tal como lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso.

B. PERJUICIOS DE ORDEN MORAL

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

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

2. PERJUICIO MORAL

El concepto se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

2.1 REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio (100 smlmv).

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.



Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.

La siguiente tabla recoge lo expuesto:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva. "

Dentro del escrito de demanda este perjuicio fue pedido de la siguiente manera: A favor de cada uno de los demandantes (6) la suma de 300 SMLMV. Para un total de **1.800 SMLMV**.

No puede pasar por alto el Juzgador que en la demanda no se explican los argumentos que justifican esta petición indemnizatoria; el demandante tampoco incorpora ningún elemento de prueba que deje entrever la existencia del mismo, por ejemplo, no se incluyó copia de la Historia Clínica del accionante, la cual demostrara un seguimiento por psicología mucho menos por psiquiatría, ni siquiera se incorporó consulta por psicología que diera cuenta de la afectación en la magnitud que se aduce en el escrito demandatorio.

Adviértase que la indemnización por un daño ocurrido, luego de que se haya producido una declaratoria de responsabilidad administrativa en contra de la parte pasiva, no debe nunca enriquecer a los demandantes, en un franco desmedro de aquella; toda vez que el daño a indemnizar, debe corresponderse exactamente con la magnitud del mismo, y con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales ocurrió el mencionado siniestro, ni más ni menos.

Finalmente, en gracia de discusión, y sin que implique reconocimiento de responsabilidad en ningún sentido, solicito al Juez de la manera más

respetuosa que, tenga en cuenta que para la tasación de este perjuicio, sólo si eventualmente y remotamente hay lugar a ello, debe ajustarse a los límites jurisprudencialmente establecidos, atendiendo a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado en favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte.

C. DAÑO A LA SALUD

El pedimento de resarcimiento por concepto de daño a la salud debe corresponder con los límites fijados por el Consejo de Estado en Acta del 28 de agosto de 2014, a través de la cual unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales así:

“(…) **4. CONCEPTO Y REPARACIÓN DEL DAÑO A LA SALUD.**

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

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

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

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

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

- La pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente)
- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.
- La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.
- La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.
- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.

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

Dentro del escrito de demanda este perjuicio fue pedido de la siguiente manera: A favor de cada uno de los demandantes (6) la suma de 100 SMLMV. **Para un total de 600 SMLMV.**

Suma a la que **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** se opone de manera directa el reconocimiento, toda vez que este perjuicio se reconoce **única y exclusivamente para la víctima directa.** Por lo tanto resulta improcedente e inviable; y de tal suerte, es menester que el Despacho la desestime.

D. PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS objeta y se opone de manera directa a la pretensión de **PÉRDIDA DE LA OPORTUNIDAD** solicitados de la siguiente manera: A favor de cada uno de los demandantes (6) la suma de 100 SMLMV. **Para un total de 600 SMLMV.**

Al respecto de este perjuicio la Sección Tercera del Consejo de Estado precisó que el daño por pérdida de oportunidad, según su jurisprudencia, puede presentarse en dos supuestos: uno positivo (*chance de gain*) y otro negativo (*chance d'éviter une perte*).

El positivo se presenta cuando la víctima tiene la expectativa legítima de recibir un beneficio o adquirir un derecho, pero por la acción u omisión de un tercero se frustra definitivamente la esperanza de su concreción.

Por su parte, el supuesto negativo ocurre cuando la víctima afronta una situación o curso causal desfavorable y tiene la expectativa cierta que la intervención de un tercero evite o eluda un perjuicio, pero que en razón de la omisión o de la intervención defectuosa de dicho tercero el resultado dañoso se produce y la víctima padece el perjuicio indeseado.

Adicionalmente afirmó que para configurar esta pérdida de oportunidad es necesario verificar la concurrencia de tres elementos:

1. Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar.
2. Certeza de la existencia de una oportunidad.

3. Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible para la víctima (**C. P. Ramiro Pazos Guerrero**¹).

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

- **INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD Y DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS ACTOS DE COSMITET LTDA Y LOS SUPUESTOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE ACTORA**

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

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

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

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

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

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

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

¹ Consejo de Estado Sección Tercera, Sentencia 19001233100019980057101 (21554)

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

Consta en la historia clínica que todas las atenciones médicas se brindaron conforme a su motivo de consulta, en primer lugar se logró realizar un procedimiento de cesárea sin complicaciones con el que se obtuvo el nacimiento de la menor **ANA MILE PAJA** sin complicaciones a pesar que el embarazo estaba catalogado como de alto riesgo, y posteriormente se le brindó manejo a un problema de salud congénito de obstrucción intestinal (en la unión gastro esofágico se visualiza trayecto filiforme signos pico de pájaro, sugestivo de acalasia) que fue tratado en hospitalización en la Clínica Santa Gracia, donde su evolución era satisfactoria como se observa en la historia clínica, por lo que se da de alta el día 07 de abril de 2018 con la indicación de manejo en 48 horas por cirugía pediátrica, para lo que se expidieron las respectivas órdenes médicas sin ninguna restricción u obstáculo, indicación que no fue acatada por los familiares de la menor quien no volvió al tratamiento que se estaba suministrando.

Se podrá concluir que la razón por la que la Neonata **ANA MILE PAJA HUILA** fallece en un tiempo tan corto (1 mes desde su nacimiento) en primer lugar es por su patología congénita, y en segundo lugar la falta de adherencias al tratamiento que estaba brindando el grupo multidisciplinario de galenos en la Clínica Santa Gracia, cuando los familiares de la menor deciden no volver a la cita con el cirujano pediatra que estaba programada como se observa en la nota de egreso donde consta que la evolución de la paciente era buena hasta ese momento.

El seguimiento y tratamiento de la patológica fue el correcto y aceptado por la ciencia médica, al punto que la paciente mejoró su condición de salud cuando consulta con su enfermedad gastro intestinal, se logró que la neonata hiciera deposiciones con estimulación, se recuperó la distensión abdominal con la que llegó y se recuperó vía oral, como se observa en la historia clínica, lamentablemente el hecho de que no volviera a consultar impidió continuar con el manejo que se estaba brindando.

Se evidencia que los familiares de la menor no cumplieron con las indicaciones que se les brindó, no cumplieron con los tiempos en los que debían volver a consultar, no consultaron de manera oportuna dejando avanzar su cuadro clínico al punto de detonar en peritonitis, pues es evidente en las notas médicas que cuando vuelven a consultar el día 17 de abril de 2018 ya la enfermedad se encontraba en un estado avanzado que impidió al grupo multidisciplinario que la atendió tomar medidas para contrarrestar la evolución y salvar la vida de la menor.

Se atendió en todo momento la discrecionalidad científica, los protocolos de manejo, en general, no se escatimó ningún medio para la atención de la paciente, no tuvo lugar ninguna acción u omisión de mi representado o del equipo médico con rasgos de impericia, imprudencia o negligencia, mucho menos un error de diagnóstico, tampoco puede afirmarse con certeza que esto haya sido la causa de las complicaciones, por cuanto las complicaciones son vistas como un caso fortuito o evento imprevisible para el equipo médico y para la institución de salud. Por lo tanto, no puede imputárseles dichas complicaciones o eventos adversos bajo el título de falla en el servicio.

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

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

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

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

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

Ahora bien, desde el punto de vista de la RELACIÓN DE CAUSALIDAD, como requisito fundamental de demostración de la negligencia médica, a cargo de la parte demandante, culpa probada, tenemos, que el daño reclamado, no tiene ninguna relación con la conducta de la entidad demandada Clínica Santa Gracia y “**COSMITET LTDA**”, y de su personal médico, puesto que de conformidad con lo consignado por nuestro asegurado respecto con la historia Clínica de la paciente, hubo una atención dentro de los términos médicos del caso, con observancia de los protocolos que la literatura médica ha definido, emplearon de forma oportuna los procedimientos médicos.

Brilla por su ausencia dentro del sumario, evidencia alguna que acredite que el resultado que tuvo la atención medica cuestionada y el fallecimiento de la menor **ANA MILE PAJA HUILA**, haya sido consecuencia de una conducta atribuible a las entidades demandadas Clínica Santa Gracia y Cosmitet

Ltda, pues como se ha manifestado reiteradamente, la paciente fue atendida conforme a la patología base que presentaba, con un conjunto de exámenes, clínicos, de laboratorio y imagenología que procuraban el bienestar de la paciente, de hecho logrado mientras estuvo recibiendo atención médica, antes de que los familiares decidieran bajo su voluntad y responsabilidad consultar en otras instituciones y no continuar con el tratamiento que se le estaba brindando.

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

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

En consecuencia, al no existir demostrada la negligencia médica, por no configurarse los elementos teleológicos de la responsabilidad de la institución de salud, respecto de la atención a la menor **ANA MILE PAJA HUILA**, por falla en el servicio, se debe absolver, pues los presuntos perjuicios reclamados por la parte demandante no son atribuibles a **COSMITET LTDA** y mucho menos a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

- **DILIGENCIA Y CUIDADO**

La excepción se plantea desde el punto de vista del manejo de la carga de prueba, que tanto ha estudiado el Honorable Consejo de Estado, que ha partido del principio de que a pesar de que de acuerdo al artículo 177 del CPC, hoy artículo 167 del C.G.P., la carga de la prueba está a cargo del demandante, se debe considerar en las responsabilidades medicas el principio referido a que quien esté en mejores circunstancias debe probar los hechos que acreditan o exoneran de su responsabilidad, debiendo por ello, plantear que “**COSMITET LTDA**”, en la atención de la menor **ANA MILE PAJA HUILA**, desde su ingreso la paciente fue atendido de manera oportuna, diligente y eficiente, se le brindó el tratamiento médico necesario y acorde al diagnóstico

En consecuencia, no se puede evidenciar un actuar retardado, omisivo negligente que integre los elementos que determinen la falla el servicio de la atención prestada por la CLINICA SANTAGRACIA Y “**COSMITET LTDA**” y menos de su responsabilidad tal como habrá de probarse en el curso de proceso.

Por lo anterior esta excepción esta llamada a prosperar.

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

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

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

Por lo anterior dicha excepción debe prosperar.

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

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

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

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

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

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

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

- **CONFIGURACION DE EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD-HECHO DE UN TERCERO-**

Se propone esta excepción, recordando la existencia de los eximentes de responsabilidad, nos referimos a unas causales que impiden efectuar la imputación desde el punto de vista jurídico, la responsabilidad por los daños cuya causación da lugar a la iniciación del litigio que nos ocupa, a **COSMITET LTDA.**

La conducta eficiente de los familiares de la paciente en no consultar a tiempo y en automedicar a su hija ANA MILE PAJA, con remedios caseros entre los que se observa “agua de apio” puede dar lugar a la exoneración totalmente de responsabilidad de la institución prestadora del servicio y al grupo de entidades que componen el extremo demandado, en la medida que el hecho de no haber consultado a tiempo en las fechas ordenadas haya sido la causa exclusiva del daño en otras palabras del fallecimiento.

Se evidencia que los familiares de la menor no cumplieron con las indicaciones que se les brindó, no cumplieron con los tiempos en los que debían volver a consultar, no consultaron de manera oportuna dejando avanzar su cuadro clínico al punto de detonar en peritonitis, pues es evidente en las notas médicas que cuando vuelven a consultar el día 17 de abril de 2018 ya la enfermedad se encontraba en un estado avanzado que impidió al grupo multidisciplinario que la atendió tomar medidas para contrarrestar la evolución y salvar la vida de la menor.

De manera pues que la responsabilidad por los presuntos perjuicios sufridos por el fallecimiento de la menor **ANA MILE PAJA HUILA**, no debe imputarse ni endilgarse a **COSMITET LTDA** y mucho menos **A LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, pues es claro que se debió al hecho de un tercero.

Ruego Señor Juez declarar probada esta excepción.

- **CASO FORTUITO**

Quienes han concebido la noción de imputabilidad tomando como eje de la discusión la culpa del deudor, han sostenido que existirá caso fortuito (o causa no imputable al solvens cuando éste –aun aplicando la diligencia debida exigida por la obligación. (los italianos hablaban de la diligencia del buen padre de familia)- no obtiene el resultado esperado.

Según esta postura subjetivista, la ausencia de culpa es asimilable al caso fortuito, puesto que allí donde finaliza la culpa comienza el casus: por lo tanto, cuando el incumplimiento no es imputable al deudor, estamos en presencia del caso fortuito o fuerza mayor”

Sobre el particular, ENECSERUSS define la fuerza mayor diciendo que es el acontecimiento cognoscible imprevisible que no deriva de la actividad en

cuestión, sino que en este sentido viene de fuera y cuyo efecto dañoso no podía evitarse con las medidas de precaución que racionalmente era de esperar. De acuerdo con la doctrina francesa es un caso constitutivo de fuerza mayor elemento que presenta tres características siguientes: exterioridad, imprevisibilidad e irresistibilidad. En Colombia esta figura está determinada por el artículo primero de la ley 95 de 1890 que subrogo el artículo 64 del código civil cuyo texto enuncia: "Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir como un naufragio terremoto del apresamiento de enemigos los actos de autoridad de ejercicios por un funcionario público etcétera.

Y es que al analizar y reflexionar sobre el tópico expuesto se tiene que en el caso concreto se surten de manera concurrente los tres requisitos de exoneración de responsabilidad relativas al caso fortuito para **LA CLINICA SANTA GRACIA Y COSMITET LTDA**, en razón a que la situación de la menor **ANA MILE PAJA HUILA**, era riesgosa para cada momento en la Institución médica por lo que de cumplirse alguno de esos riesgos para nada tienen que ver con el cumplimiento de las obligaciones médicas de medio desarrolladas a través de la atención hospitalaria y clínica. Hechos que no son de la esfera las instituciones de salud, sino que están en cabeza de las condiciones mismas del paciente, del organismo y que están envueltas en la obligación de medio que conlleva el acto médico como tal.

Sobre el particular, el connotado profesor E. RAUL ZAFFARONI ha señalado:

*"(...) Cuando se requiere una intervención quirúrgica terapéutica se presupone que hay un daño en el cuerpo o en la salud, o por lo menos una inminente amenaza de daño que la intervención tiende a neutralizar. **Si se logra efectivamente dicha neutralización aunque no se obtenga un restablecimiento total de la salud o de la integridad física, pero se obtenga su conservación o mejoría puede considerarse que se trata de un resultado positivo.** Igualmente cuando se hace necesario mutilar un órgano o miembro es porque se halla dañado y no es la intervención quirúrgica la que daña sino la que circunscribe el mal por el único procedimiento técnico que resta. Lo mismo cuando debe quitarse un órgano para que otro funcione adecuadamente, el daño en el cuerpo o la perturbación de la salud ya existen y la intervención persigue el fin de evitar sus mayores consecuencias dañosas.*

(...)

***si el medico ha obrado conforme a las obras del arte medico, aunque la intervención haya tenido resultado negativo, su conducta será atípica.** De allí que para la interpretación de la culpa típica en la lesión quirúrgica sea necesario referirse al concepto de reglas del arte médico cuya violación implica inobservancia del deber de cuidado, pero en modo alguno esa violación es suficiente para configurar a*

tipicidad culposa de la conducta médica. (...)" (Negrilla y subrayado ajeno al texto)

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

- **EXCESIVA VALORACIÓN DE PERJUICIOS INMATERIALES**

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté reconociendo responsabilidad a cargo del extremo pasivo, y, por ende, de mi representada, solo para manifestar que bajo el hipotético caso en que el Juzgado emitiera un fallo condenatorio al demandado, las sumas reclamadas deben necesariamente reajustarse para reconocer (si a ello hubiere lugar) lo que efectivamente correspondiera, de conformidad con el perjuicio efectivamente causado y debidamente acreditado en el curso procesal.

Específicamente tratándose de los perjuicios reclamados por el extremo actor, debeseñalarse que se encuentran ampliamente desbordados, y contrarían los lineamientos jurisprudenciales vigentes para el fin, teniendo en cuenta que, como se indicó los topes fijados por el Consejo de Estado en Acta del 28 de agosto de 2014, a través de la cual unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento de daños inmateriales. De este modo, resulta inadmisibles que se reconozcan suma que superan ostensiblemente los parámetros ya establecidos por el máximo órgano de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

Por los argumentos expuestos, solicito amablemente al Despacho tener por probada la presente excepción.

- **INNOMINADA**

Fundamento esta excepción en cualquier hecho o derecho que resultare probado dentro del proceso, con capacidad para absolver a mi representada de los cargos que se le imputan, de la responsabilidad que se le endilga y en general de las condenas y demás pretensiones del demandante.

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO II
CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR
COSMITET LTDA

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL HECHO PRIMERO Y SEGUNDO: Es cierto, solo en cuanto a que la póliza no. 1058034 certificado no. 0 con vigencia desde el 26 de febrero del 2018 hasta el 26 de febrero del 2019, se encontraba vigente al momento de los hechos, sin embargo, es claro que la sola vigencia de la póliza para el momento de los hechos, no significa que exista de manera automática una obligación indemnizatoria a cargo de mi procurada, pues esta solo

surge cuando el siniestro efectivamente ocurre, conforme a los términos de la cobertura pactada, que para el caso en concreto fue contratada bajo la modalidad "Claims Made", deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos para que opere el amparo de las coberturas concertadas: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y segundo, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

Así las cosas, descendiendo al caso concreto, es claro que el certificado no. de la póliza de responsabilidad civil no. 1058034, utilizada para la convocatoria de mi representada, no es la póliza que ofrecen cobertura para el caso en concreto, por lo anteriormente expuesto, haciendo claridad que, para este caso, la póliza que eventualmente podría afectarse sería la póliza de responsabilidad civil no. 1058034 certificado no. 2 con vigencia del 26 de febrero de 2019 al 26 de febrero de 2020, con periodo de retroactividad y el cual se encontraba vigente para la fecha de la reclamación, esto es la fecha de la solicitud de la audiencia prejudicial, la cual se presentó el día **13 de diciembre de 2019** ante la procuraduría general de la nación.

AL HECHO TERCERO: Es cierto de conformidad con la demanda que reposa en el expediente

AL HECHO CUARTO: Es parcialmente cierto. La solicitud de audiencia prejudicial se solicitó el día 13 de diciembre de 2019 y se celebró el 29 de enero de 2020 ante la Procuraduría 184 Judicial I Administrativa de Popayán, por lo tanto se tiene que la fecha de la reclamación fue el 13 de diciembre de 2019, por lo tanto la póliza que ofrece cobertura es la póliza de responsabilidad civil no. 1058034 certificado no. 2 con vigencia del 26 de febrero de 2019 al 26 de febrero de 2020.

AL HECHO QUINTO Y SEPTIMO: No es cierto, la citada Póliza como cualquier contrato de seguro, se circunscriben estrictamente a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a que condene a mi representada a realizar el pago al que eventualmente resultara condenada la demandada, toda vez que el contrato de seguros se pactó en la modalidad de cobertura *Claims Made*,

en el cual deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos para que opere el amparo de las coberturas concertadas: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y segundo, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

Así las cosas, descendiendo al caso concreto, es claro que el certificado no. de la póliza de responsabilidad civil no. 1058034, utilizada para la convocatoria de mi representada, no es la póliza que ofrecen cobertura para el caso en concreto, por lo anteriormente expuesto, haciendo claridad que, para este caso, la póliza que eventualmente podría afectarse sería la póliza de responsabilidad civil no. 1058034 certificado no. 2 con vigencia del 26 de febrero de 2019 al 26 de febrero de 2020, con periodo de retroactividad y el cual se encontraba vigente para la fecha de la reclamación, esto es la fecha de la solicitud de la audiencia prejudicial, la cual se presentó el día 13 de diciembre de 2019 ante la procuraduría general de la nación.

La citada Póliza como cualquier contrato de seguro, se circunscriben estrictamente a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

A pesar de existir un contrato de seguros entre **COSMITET LTDA** y mi representada **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, es menester mencionar que cualquier contrato de seguros se circunscribe a las coberturas o amparos expresados en el texto de la póliza, unos límites y exclusiones.

Es entonces de suma importancia que el Juzgador se sujete, al dictar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza, puesto que como bien es conocido **“EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES”**.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- **INEXISTENCIA DE COBERTURA DEL CERTIFICADO NO. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034 POR LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA DE “CLAIMS MADE”**

Resulta importante manifestar al despacho que en cualquier evento, el **CERTIFICADO NO. 0 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034** con vigencia del 26 de febrero de 2018 al 26 de febrero de 2019, con fundamento en la cual se vincula a mi representada al presente proceso, no ofrece cobertura para los hechos que se discuten en el mismo, como a continuación se evidencia:

De conformidad con el condicionado de la póliza en comento, expedida por mi representada la modalidad de cobertura ofrecida fue *Claims Made*.

Como ya es sabido, esta modalidad de contrato requiere no solo acreditar la realización del siniestro, en los términos del artículo 1131 del Código de Comercio, sino también, el presupuesto del cual se desprende que la reclamación del mismo se efectuó durante la vigencia de la Póliza. Así, puntualmente, reiteró la Corte Suprema de Justicia²:

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

Más adelante especificó:

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

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

De este modo, es claro que el certificado no. 0 de la póliza de responsabilidad civil no. 1058034, utilizada para la convocatoria de mi representada, no es la póliza que ofrece cobertura para el caso en concreto, por lo anteriormente expuesto, haciendo claridad que, para este

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



caso, la póliza que eventualmente podría afectarse sería **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034 CERTIFICADO NO. 2** con vigencia del 26 de febrero de 2019 al 26 de febrero de 2020, con periodo de retroactividad y el cual se encontraba vigente para la fecha de la reclamación, esto es la fecha de la solicitud de la audiencia prejudicial, la cual se presentó el día **13 de diciembre de 2019** ante la procuraduría general de la nación.

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

• **AUSENCIA DE LA REALIZACION DEL RIESGO ASEGURADO DEL CERTIFICADO No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034**

El contrato de seguros es un acuerdo de voluntades que gira en torno a unos elementos esenciales contemplados en el código de comercio en su artículo 1045, los cuales son los siguientes:

INTERÉS ASEGURABLE	La identificación de la persona, el objeto o cosa asegurada.
RIESGO ASEGURABLE	El suceso incierto que se asegura, por ejemplo en un contrato de seguro de vida, el riesgo asegurable es la muerte.
PRIMA O PRECIO DEL SEGURO	Suma de dinero a cargo del tomador del seguro que debe pagarle al asegurador.
OBLIGACIÓN CONDICIONAL DEL ASEGURADOR	la condición de indemnizar al asegurado en caso de que ocurra el suceso incierto.

Al hablar de los riesgos es necesario indicar que su determinación al inicio de la relación contractual es sumamente importante pues señala las coberturas o amparos que la compañía está dispuesta a asumir o a garantizar.

El código de comercio en su artículo respecto de los riesgos expresa:

*“(...) **ARTÍCULO 1054.-DEFINICIÓN DE RIESGO-**. Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.*

(...)

*“(...) **ARTÍCULO 1056. -ASUNCIÓN DE RIESGOS-**. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que*



estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado. (...)"

Es por tanto el asegurador quien tiene la facultad de determinar que riesgos está dispuesto a asumir y cuáles no. El artículo 1047 del Código de Comercio expresa en su numeral 9.

"ARTÍCULO 1047. <CONDICIONES DE LA PÓLIZA>. La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

(...)

9) **Los riesgos que el asegurador toma su cargo:**

(...)"

Bien una vez realizado esta pequeña contextualización en torno a estos tópicos básicos del seguro, se expresa entonces que en relación al caso concreto se debe de señalar que nos encontramos frente a unas coberturas y amparos que se encuentran expresados en el Certificado No. 2 de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1058034:

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
3	** SERVICIO DE CAUSACIONES, PERICIAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Minimo 15,000,000.00	2,000,000,000.00	SI	106,000,000.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS LIMITE AGREGADO ANUAL LIMITE POR EVENTO O PERSONA	200,000,000.00 100,000,000.00	NO	0.00
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Minimo 15,000,000.00	300,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS DE DEFENSA LIMITE AGREGADO ANUAL LIMITE POR EVENTO O PERSONA Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Minimo 0.00 SMMLV	300,000,000.00 40,000,000.00	NO	0.00

AMPAROS

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 previsor se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

3. Así mismo, Previsor 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 previsora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el paciente a raíz de su condición.

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

Responsabilidad civil general:

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

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

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 previsora 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 acto médico o evento, que diera origen a los daños materiales y/o lesiones corporales alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de la presente póliza, su renovación o durante el periodo de extensión de denuncias.

Ahora bien, en cuanto al concepto de siniestro se debe de indicar que el artículo 1072 del Código de comercio indica que:

“(...) Artículo 1072. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado (...).”

Por lo que se debe contextualizar que el riesgo viene operando como la delimitación por parte de la compañía de seguros del siniestro que se asegura.

De acuerdo con el anterior planteamiento, nos encontramos que el contrato de seguros, suscrito entre la PREVISORA COMPAÑÍA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS a través de la póliza No. 1058034 certificado No. 2 ofrece un amparo de cobertura por siniestro derivado de un acto médico que como tal aquí no se configura pues es plenamente ajustado a las pruebas que el mismo demandante aporta que la falta de diligencia, cuidado y vigilancia del personal que imputa a **COSMITET LTDA** no se dio.

Por tanto, la configuración del SINIESTRO como tal no se da dentro de las circunstancias específicas de este caso concreto, haciendo inane el llamado en garantía propuesto e inexistente cualquier criterio obligacional de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS para el caso de la póliza utilizada como convocatoria de mi procurada.

Ruego declarar probada la presente excepción.

• **LAS INDEMNIZACIONES POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES SE ENCUENTRAN SUBLIMITADAS EN EL CERTIFICADO No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034**

Pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora y sin perjuicio de la inexistencia de cobertura de la póliza utilizada como fundamento de la convocatoria, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que entre **COSMITET LTDA** como tomador, y mi representada, como asegurador, se celebró el contrato de seguro documentados en **EL CERTIFICADO No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034** se otorgó el amparo R.C. Clínicas y Hospitales con un límite asegurado de \$2.000.000.000 por vigencia, el cual opera con estricta sujeción a las demás condiciones de la póliza.

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

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

“(...) *SUBLÍMITES*

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 15% evento/ vigencia Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

En ese orden de cosas, emerge con diamantina claridad que la póliza utilizada para la convocatoria de mi representada, ofrece cobertura para los perjuicios extrapatrimoniales con estricta sujeción a los sublímites

asegurados antes transcritos, de manera que en el remoto evento de que prosperen las pretensiones de los actores en contra de **COSMITET LTDA**, la obligación indemnizatoria de mi representada por perjuicios extrapatrimoniales está **sublimitado a 15% por evento/ vigencia**, siempre y cuando se acredite primero la responsabilidad del asegurado, la existencia de tales perjuicios y su cuantía, todo ello sin perjuicio de recalcar que los mencionados sublímites operan dentro del límite global asegurado y NO en exceso del mismo.

De conformidad con lo expuesto respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

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

La Previsora S.A, Compañía de Seguros, en cumplimiento de las obligaciones del contrato de Seguros, solo responderá en caso de sentencia condenatoria, en concurrencia del valor asegurado; obligaciones que nacen solo en relación con las obligaciones amparadas con relación a su asegurado y de acuerdo a los amparos y valores asegurados en el **CERTIFICADO No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1058034** con un valor asegurado de \$2.000.000.000.

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

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

- **DEDUCIBLE PACTADO EN EL CERTIFICADO No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1058034**

Sin perjuicio de las excepciones ya propuestas, y pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que expresamente en la carátula del **CERTIFICADO NO. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034**, se convino el siguiente deducible:



Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS	No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
	1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
	2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
	4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
	5	CORREKTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	106,000,000.00
		Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Minimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
	6	** PRECIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
	7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
		LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
		LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		
	9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
		Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Minimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
	10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
		LIMITE AGREGADO ANUAL	300,000,000.00		
		LIMITE POR EVENTO O PERSONA	40,000,000.00		
		Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Minimo 0.00 SMMLV		NINGUNO	

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

"(...) DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en las Condiciones Particulares con respecto a cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza por el/llos daño(s) a tercero(s). PREVISORA responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del Asegurado. (...)"

En el hipotético caso que se establezca responsabilidad civil en cabeza de **COSMITET LTDA** y eventualmente se condene a mi representada a reconocer los perjuicios alegados por los demandantes, debe tenerse en cuenta, que debe descontarse el porcentaje mínimo del daño indemnizable, el cual se descuenta del valor a indemnizar, que para el caso de marras corresponde al **10% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo \$15.000.000**, que es la porción que debe asumir el asegurado, este es **COSMITET LTDA**.

• LIMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA QUE ENMARCAN LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES.

Pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora y sin perjuicio de la inexistencia de cobertura de la póliza utilizada como fundamento de la convocatoria, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que en el remoto evento de que prosperen una o algunas de las pretensiones del libelo introductorio, se destaca que en el contrato de seguro, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc., de manera que exclusivamente son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, incluso y sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

Debe señalarse que todo pronunciamiento que se haga en virtud de la existencia de un contrato de seguro debe sujetarse inexorablemente al tenor literal del mismo, toda vez que es este el documento donde quedó plasmada la voluntad de los contratantes y la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1056 de la normativa comercial que consagra:

“(...) Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)”

Por lo tanto, todo pronunciamiento se debe ceñir al condicionado particular y general del contrato de seguro ya que, como lo dijo la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia:

“(...) son la columna vertebral de la relación aseguraría y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar (...)” (Negrilla y subrayado fuera del original).

Por lo tanto, son las condiciones de la póliza las que enmarcan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo enunciado en tales condiciones generales y particulares del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 ibídem).

Es importante mencionar que en la caratula del **CERTIFICADO NO. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034:**

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsor RCP-006-5

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsor Seguros sin que existan periodos de interrupción.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$ 2.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: \$106.000.000 (IVA no 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 \$15.000.000"

No obstante, lo anterior, en la Condición Tercera de las condiciones generales de la póliza, respecto del límite máximo de responsabilidad se señaló:

"(...) SUMA ASEGURADA

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

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

En este punto impera el precepto del Art. 1079 del C. de Co., conforme al cual el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas.

Bajo tal contexto, emerge con claridad que en el evento de presentarse otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderán como una sola pérdida y la obligación de mi representada estará limitada a la suma asegurada señalada en cada certificado de la póliza, conforme a lo dispuesto en los Artículos 1079 y 1089 del C. de Co. Es decir que el límite agregado anual del valor asegurado por vigencia se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas.

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

De otra parte, es claro que el límite asegurado en la póliza se entiende reducido desde el momento de un siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de la compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el periodo de

retroactividad y reclamados durante la vigencia del seguro, no excederá en total el límite agregado anual.

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

Así las cosas, las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a las condiciones de la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la demostración (por parte del beneficiario) del perjuicio alegado y su cuantía, siempre y cuando no se configure una causal legal o convencional de inoperancia del contrato de seguro.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

• **EXCLUSIONES PACTADAS EN EL CERTIFICADO NO. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034**

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

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

³Cfr. Ossa. G. J. Efrén. Op Cit. Pág. 111

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

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

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

Consecuentemente, si se configura cualquiera de las causales de exclusión estipuladas tanto en las condiciones particulares, como en las condiciones generales del **CERTIFICADO NO. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1058034**, debe exonerarse a la aseguradora que represento, de toda obligación indemnizatoria.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **CARENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LA PREVISORA S.A. Y LA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM & CIA – COSMITET LTDA. COSMITET LTDA**

La solidaridad implica que a pesar de haber varios sujetos obligados y/o varios acreedores la prestación es única, como único es el vínculo obligacional. O sea que todos los acreedores y todos los deudores forman respectivamente una sola parte. Por eso cualquier acreedor puede requerir a cualquiera de los deudores que cumpla la prestación por entero, y cualquier deudor se libera y libera a los demás deudores, pagando el total a cualquier acreedor, salvo que alguno de los acreedores hubiera presentado demanda, en cuyo caso, debe pagarse a ese acreedor.

Es sabido entonces que la fuente de las obligaciones solidarias se encuentra en un contrato o en la Ley. Para este caso particular tenemos que no existe ningún tipo de solidaridad entre la aseguradora a la que represento LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y su asegurado **COSMITET LTDA** pues esta relación tiene como fuente el contrato de seguro, pero este en su clausulado y sus condiciones jamás indica de manera expresa que la obligación contraída sea solidaria. Esta se limita únicamente al valor asegurado tanto la de las expresadas en la caratula de póliza como en el clausulado anexo. Liberándose la compañía de su obligación condicional hasta el límite de ese valor asegurado y determinado, que lleva consigo el pago para algunos amparos de un deducible como cuota de daño para que opere la indemnización reclamada y sujeta a los límites por evento.

- **GENÉRICA Y OTRAS**

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

FUNDAMENTOS DE DERECHO

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

MEDIOS DE PRUEBA

DOCUMENTALES:

- POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1058034 CERTIFICADO No. 2 con vigencia del 26 de febrero de 2019 al 26 de febrero de 2020
- Clausulado general de la póliza RCP-006-5

INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS:

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

ANEXOS

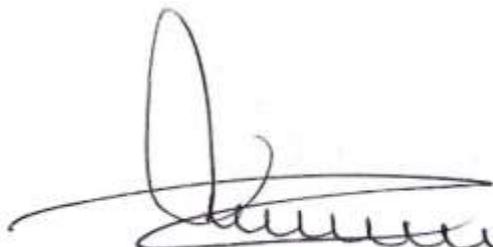
- Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas
- Poder conferido a la suscrita ya glosado al expediente
- Certificado de existencia y representación legal ya glosado al expediente

NOTIFICACIONES

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

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

Del Señor Juez,



JACQUELINE ROMERO ESTRADA

C.C No 31.167.229 de Palmira V.

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

PÓLIZA N°

1058034

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 1 MES 3 AÑO 2019			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 2			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO		
TOMADOR 785247-COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA						DIRECCIÓN CALLE 45A NO 14-46, CALI, VALLE DEL CAUCA						NIT 830.023.202-1			TELÉFONO 2871945		
ASEGURADO 785247-COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA						DIRECCIÓN CALLE 45A NO 14-46, CALI, VALLE DEL CAUCA						NIT 830.023.202-1			TELÉFONO 2871945		
EMITIDO EN BOGOTA				CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS
MONEDA Pesos								DÍA MES AÑO			DESDE A LAS			HASTA A LAS			
TIPO CAMBIO 1.00				3202		32		1 3 2019			26 2 2019 00:00			26 2 2020 00:00			365
CARGAR A: COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA									FORMA DE PAGO 9. PAGO A LOS 60 DIA			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00					

Riesgo: 1 -
CL 7 34 00, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	106,000,000.00
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		200,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		100,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		300,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		40,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO				

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social Documento Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS NIT 6665200008 100.000 % NO APLICA

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

Texto Continua en Hojas de Anexos...

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

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

PRIMA	\$***106,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**20,140,000.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$*126,140,000.00

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

15/02/2023 15:56:11

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

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

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058034 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

2

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE RENUEVA LA POLIZA ARRIBA CITADA, SEGUN CONDICIONES PROPUESTAS Y POR SOLICITUD DEL ASEGURADO.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR NOMBRE: COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA
NIT: 830.023.202-1
DIRECCION: CALLE 7 # 34 - 00

ASEGURADOS NOMBRE: COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA
NIT: 830.023.202-1
DIRECCION: CALLE 7 # 34 - 00

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: CALI - VALLE DEL CAUCA

VIGENCIA: DESDE EL 26/02/2019 HASTA EL 26/02/2020

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-006-5

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$ 2.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: \$106.000.000 (IVA no 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 \$15.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 2% por evento y 15% 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 5% por evento y 10% 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
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058034 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

2

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 15% evento/ vigencia Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

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 Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058034 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

2

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.

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. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058034 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

2

6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
7. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
8. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
10. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

IDENTIFICACION DEL PAGO



PREVISORA
SEGUROS

POLIZA No. 1058034

CERTIFICADO No. 2

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

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

Ramo RESPONSABILIDAD CIVIL **Sucursal** CENTRO EMPRESARIAL CORPORATIVO

Valor Prima \$106,000,000.00 **Valor IVA** \$20,140,000.00 **Tomador** 785247 - COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
30/04/2019	\$*****0.00	\$*106,000,000.00	\$**20,140,000.00				

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: 9. PAGO A LOS 60 DIAS



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

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA

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 \$ 126,140,000.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	30/04/2019	\$*****0.00	\$*106,000,000.00	\$**20,140,000.00					

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
1058034	RESPONSABILIDAD CIVIL	2	\$2,000,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de BOGOTA a los 1 días del mes de MARZO de 2019

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

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

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

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

SISE-CAR-009-1

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

RCP-006-005



CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

RCP-006-005



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

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

RCP-006-005



1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

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

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

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

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

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

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

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

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

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

RCP-006-005



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

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

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

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

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

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

RCP-006-005



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

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

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

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

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

IGUALMENTE, PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTARE POR LA NO CONTRATACIÓN DEL PERIODO 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 PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, CONTRATASE OTRA PÓLIZA DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA, SEA CON PREVISORA O CUALQUIER OTRA ASEGURADORA, LA COBERTURA BRINDADA POR DICHO PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES OPERARÁ SIEMPRE EN EXCESO DE DICHA OTRA PÓLIZA.

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

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

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

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

RCP-006-005



3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
6. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
7. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE. DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
8. DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
9. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
10. TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
11. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/O

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

RCP-006-005



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

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

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

RCP-006-005



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

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

RCP-006-005



33. DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
34. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
35. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
36. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
37. CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
38. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDA FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
39. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
40. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
41. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
42. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
43. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO

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

RCP-006-005



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

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

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

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

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

RCP-006-005



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

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

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

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

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

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

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

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

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

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

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

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

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

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

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

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

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

RCP-006-005



1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la prestación de servicios profesionales de atención en la salud a los pacientes;
 2. Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
 3. La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
 4. Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
 5. Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
 6. Nombre y domicilio de los intervinientes en la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes además del Asegurado.
 - No asumir ninguna responsabilidad ni conciliar o transigir ninguna Reclamación, ni incurrir en ningún costo o gasto de los que estarían cubiertos por esta póliza sin el consentimiento escrito de PREVISORA.
- B. Si durante la vigencia de la póliza o del Periodo Extendido para Reclamaciones, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un Siniestro o a generar una Reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal anterior.

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

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

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

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

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

RCP-006-005



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

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

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

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

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

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

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

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

RCP-006-005



11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

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

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

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

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

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error 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 derecho habientes, cuando se descubra que el daño o perjuicio causado al Tercero se debió a conductas dolosas del Asegurado.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

En caso de que el amparo otorgado por esta póliza concorra con el otorgado por otras pólizas que amparen el mismo riesgo, PREVISORA sólo 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.

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

RCP-006-005



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

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

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

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

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

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

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

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

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

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

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

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

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

RCP-006-005



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

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

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

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

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

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

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

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

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