

Señor

**JUEZ SEGUNDO (2º) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GIRARDOT**

E. S. D.

***Referencia: Medio de control de reparación directa promovido por CLARA STELLA CRUZ DÍAZ Y OTRA contra E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y OTROS. Llamada en garantía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Rad. 25307-33-40-002-2016-00144-00.***

### **-CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA-**

Quien suscribe, **RICARDO VÉLEZ OCHOA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 79.470.042 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 67.706 del C. S. de la J., obrando en mi condición de apoderado judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** en el proceso de la referencia, de acuerdo con el poder que obra en el expediente, y que ahora reasumo, por medio del presente escrito, encontrándome dentro del término legal concedido para el efecto, procedo a **contestar la demanda** presentada por CLARA STELLA CRUZ DÍAZ y KAREN LORENA PARRA CRUZ contra el DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA, CLÍNICA PARTENÓN LIMITADA y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E, y a **contestar el llamamiento en garantía** que realizó esta última a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, sociedad de economía mixta legalmente constituida, quien a través de su representante legal me ha conferido poder especial, amplio y suficiente para representar a esta sociedad, en los siguientes términos:

#### **I. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones solicitadas en la demanda. Además, solicito que se condene en costas a la parte demandante.

Lo anterior toda vez que en el caso que nos ocupa no se encuentran acreditados por presupuestos esenciales para que se configure la responsabilidad de las entidades demandadas. En particular, no se encuentra acreditado que el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E haya incurrido en violaciones o incumplimientos de la *lex artis* y por el contrario, se encuentra acreditado que cumplió con todos los deberes y obligaciones a su cargo.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Paso a pronunciarme respecto de los supuestos fácticos del escrito de la demanda, siguiendo el orden allí expuesto:

1. **NO ME CONSTA** ninguna de las circunstancias referidas en este numeral, como quiera que, en mi calidad de apoderado de la sociedad llamada en garantía, soy totalmente ajeno a las mismas. Sobre el particular, me atengo a lo que en el proceso resulta probado.
  
2. **NO ME CONSTA** ninguna de las circunstancias referidas en este numeral, como quiera que, en mi calidad de apoderado de la sociedad llamada en garantía, soy totalmente ajeno a las mismas. Sobre el particular, me atengo a lo que en el proceso resulta probado.
  
3. **NO ME CONSTA** ninguna de las circunstancias referidas en este numeral, como quiera que, en mi calidad de apoderado de la sociedad llamada en garantía, soy totalmente ajeno a las mismas. Sobre el particular, me atengo a lo que en el proceso resulta probado.
  
4. **NO ME CONSTA** ninguna de las circunstancias referidas en este numeral, como quiera que, en mi calidad de apoderado de la sociedad llamada en garantía, soy totalmente ajeno a las mismas. Sobre el particular, me atengo a lo que en el proceso resulta probado.

5. **NO ME CONSTA** ninguna de las circunstancias referidas en este numeral, como quiera que, en mi calidad de apoderado de la sociedad llamada en garantía, soy totalmente ajeno a las mismas. Sobre el particular, me atengo a lo que en el proceso resulta probado.

Sin embargo, se destaca que el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E puso de presente en contestación que a la demandante se le realizaron 5 lavados quirúrgicos antes de realizar el procedimiento de osteosíntesis.

6. **NO ME CONSTA** ninguna de las circunstancias referidas en este numeral, como quiera que, en mi calidad de apoderado de la sociedad llamada en garantía, soy totalmente ajeno a las mismas. Sobre el particular, me atengo a lo que en el proceso resulta probado.
7. **NO ME CONSTA** ninguna de las circunstancias referidas en este numeral, como quiera que, en mi calidad de apoderado de la sociedad llamada en garantía, soy totalmente ajeno a las mismas. Sobre el particular, me atengo a lo que en el proceso resulta probado.

### **III.EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA**

#### **RAZONES DE LA DEFENSA Y FUNDAMENTO DE LAS EXCEPCIONES DE LA DEMANDA**

1. **COADYUVANCIA DE LAS EXCEPCIONES QUE FRENTE A LA DEMANDA INTERPUSO EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E**

2. **INEXISTENCIA DE FALLA DEL SERVICIO ATRIBUIBLE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E**

Es bien sabido, que el régimen de responsabilidad médica establecido en nuestro ordenamiento descansa sobre la base del Sistema de **Culpa Probada**. Es así como, para endilgar

responsabilidad civil a partir de la prestación del servicio médico u hospitalario en un caso concreto, es necesario que el actor demuestre fehacientemente la culpa incurrida por el agente que prestó el servicio, esto es, la falta cometida por el mismo, a fin de que los daños derivados de dicha falta probada le sean imputables al agente.

Este sistema de culpa probada en el cual descansa la institución de la responsabilidad civil médica encuentra fundamento en la consideración que, las obligaciones de los agentes prestadores de los servicios médicos y hospitalarios son de medio y no de resultado.

En efecto, tal como es bien sabido, el médico y la institución médica prestadores del servicio, tienen frente al paciente la obligación de medio de proveer todos los medios técnicos y humanos a su alcance para intentar la curación del paciente en torno al padecimiento que sufre, pero claramente el propio comportamiento del paciente resulta completamente ajeno al agente, por ende, lo hechos que sucedan por su propia culpa y de hecho por circunstancias ajenas al tratamiento médico, no puede resultar en imputaciones para el personal de la Clínica, si ésta puso a disposición del paciente todos los medios y herramientas a su alcance para tratar su padecimiento, y por circunstancias adicionales y ajenas al personal médico, se presenta el hecho que se alega como dañoso en la demanda.

Por ello, Nuestra Jurisprudencia y Doctrina han sido unánimes en establecer que salvo casos puntuales (en los que la naturaleza de la obligación contraída por el médico y/o la Entidad médica determinan que aquella sea una obligación de resultado, como los casos de intervenciones quirúrgicas estéticas), para establecer la existencia de una alegada responsabilidad médica en un caso concreto, es necesario que dentro del proceso aparezca debidamente probada, como un primer requisito, **la culpa o falta incurrida por el médico y/o la Institución Médica en la prestación del servicio**, por cuanto, de la no consecución del resultado pretendido, no puede presumirse la culpa del médico, y menos aún, es posible endilgar responsabilidad al agente, cuando el daño alego no se presentó como consecuencia de la atención del paciente, sino por su propia culpa.

En efecto, así lo señalo, entre otras oportunidades, la Corte Suprema de Justicia en sentencia proferida el 13 de septiembre de 2002, al destacar:

*“A este respecto la Jurisprudencia de la Corte, a partir de su sentencia de 5 de marzo de 1940 ha dicho...que la responsabilidad civil de los médicos (Contractual o extracontractual) está regida en la legislación patria por el criterio de la culpa probada, salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación y esta se incumple, cual sucede por ejemplo con las obligaciones llamadas de resultado, criterio reiterado en términos generales por la Sala en su fallo de 30 de enero de 2001 (Exp. 5507) en el que ésta puntualizó la improcedencia de aplicar en esta materia por regla de principio, la presunción de culpa prevista en el artículo 1604 del C.C., al sostener que, de conformidad con el inciso final de dicho precepto, priman sobre el resto de su contenido las estipulaciones de las partes, que sobre el particular existen, añadiendo por consiguiente no sin antes reconocer la importancia de la doctrina que diferencia entre las obligaciones de medio y de resultado, que lo fundamental está en identificar el contenido y alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en el caso concreto, porque es este contrato específico el que va a indicar los deberes jurídicos que hubo que asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran su responsabilidad y particularmente de la culpa.”*

Así mismo lo destaca el Doctor Javier Tamayo Jaramillo en su obra, al señalar:

*“El derecho colombiano regula por separado la responsabilidad civil contractual y la extracontractual distinción que también es aplicable a la prueba de la culpa por defectuosa prestación de los servicios médicos. Aunque veremos por separado los textos que regulan una y otra responsabilidad, de todas formas, insistimos en que cualquiera de las dos responsabilidades que se aplique por un acto médico defectuoso deberá suponer una culpa probada del médico.”*

**Así las cosas, considerando el caso que nos ocupa, es evidente que la alegada responsabilidad médica que se dice le asiste al HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E en razón de la atención brindada por la misma a la señora CRUZ DÍAZ sólo podría llegar a declararse, en la medida en que la parte actora lograra demostrar dentro del proceso, que en el acto de la atención médica brindada**

**por esta Institución, efectivamente se incurrió en una culpa o falta, al haberse realizado dicho acto de manera indebida o incorrecta, conforme los hechos acaecidos y los protocolos médicos.**

No obstante, lejos de estar probada esta circunstancia dentro del proceso, lo que desde ya resulta claro es que en el presente caso no se incurrió en falla alguna por parte del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E rente a la atención médica que le fue brindada en esta Institución a la señora CRUZ DÍAZ, en tanto la atención que le fue brindada al paciente, así como el tratamiento que le fue aplicado, fueron oportunos y adecuados conforme la *lex artis* según la sintomatología y evolución que tuvo la afección que presentó la paciente, habiendo dispuesto el hospital todos los recursos a su alcance, en aras de tratar de lograr la curación del paciente, y en esa medida, la lesión que sufrió la paciente en nada tuvo que ver la prestación del servicio médico en la medida que, como se acredita con la historia clínica aportada con la contestación de la demanda del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E, dicha entidad realizó 5 lavados quirúrgicos encaminados a la limpieza de la fractura abierta de la demandante.

En efecto, tal como se evidencia en la histórica clínica, el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E realizó lavados quirúrgicos con solución salina el 17, 20, 23 y 26 de enero de enero de 2014, entre otros. Conducta que era la adecuada para el tratamiento de la fractura que aquejaba a la paciente.

Así entonces, inane será cualquier intento de asignar una cuota de la responsabilidad en la acusación del lamentable incidente a el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E, si primero no se acredita palmariamente en el plenario que esta entidad ha faltado a algún deber normativo, para lo cual desde ya debe tenerse en cuenta, por un lado, que la demostración de tal eventualidad sin duda compete a la parte demandante, según las voces del artículo 167 del Código General del Proceso.

Ahora bien, en el presente caso no se configura responsabilidad por parte de la HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E en primer lugar, toda vez que la parte demandante no establece cuál es la obligación de corte legal incumplida por la parte demandada y, en segundo lugar, en razón a que su actuación en el marco de los hechos que dieron origen al presente proceso fue por completo ajustada a derecho y en cumplimiento de las obligaciones que como institución cuenta.

**3. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA DESARROLLADA POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E Y EL HECHO DAÑOSO: CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.**

Es bien sabido que uno de los requisitos de la responsabilidad jurídico-patrimonial, tanto contractual como extracontractual, está dado por la existencia del nexo causal entre la conducta u omisión desplegada por el agente generador, y el daño padecido por la víctima, de forma tal que, si la víctima sufre un daño, pero el mismo no se derivó a partir de dicha conducta u omisión, no es posible endilgar responsabilidad alguna al extremo demandado. Al respecto, así se ha pronunciado el tratadista Javier Tamayo Jaramillo quien al respecto anota: “(...) *puede suceder que una persona que se haya comportado en forma ilícita y en forma paralela o simultánea un tercero haya sufrido un perjuicio. En tales circunstancias no existirá responsabilidad civil de quien se comportó en forma ilícita, mientras dicha persona no haya sido la causante del perjuicio sufrido por la víctima.*”<sup>1</sup>

Ahora bien, resulta pertinente resaltar, cómo la existencia del nexo causal entre el hecho dañoso y el daño sufrido por el reclamante, **nunca se presume**, de forma tal que siempre debe probarse con la suficiente certeza dentro del proceso, lo cual guarda necesaria correspondencia con la carga probatoria prevista por el artículo 167 del Código General del Proceso, la cual, como es sabido, se encuentra radicada en la parte actora, puesto que el nexo causal corresponde necesariamente a uno de los supuestos de hecho para materializar el efecto

---

<sup>1</sup> TAMAYO JARAMILLO. Ob Cit. Tomo I, pp 224.

jurídico previsto por los artículos 2.341 y 2.343 del Código Civil, consistente en la indemnización de perjuicios a cargo del presunto responsable, en virtud del encuentro social ocasional.

Por ende, es claro que la existencia del nexo causal debe verificarse y aparecer de manera cierta, conforme a las pruebas que obran en el proceso, para lo cual no basta la sola intervención del demandado en la cadena de sucesos que rodearon la ocurrencia del hecho dañoso, pues es indispensable que se demuestre, de manera idónea, la condición que dicha conducta –bien sea activa u omisiva- se erija en la causa adecuada, exclusiva, normal y directa del daño, de manera tal que el mismo supere la connotación propia de elemento meramente interviniente en la historia causal, para posarse en el lugar propio de la causalidad adecuada para la producción del daño irrogado a la esfera ajena.

Ahora bien conviene resaltar que dentro de todas las teorías expuestas para establecer el nexo causal frente a la responsabilidad civil extracontractual, la Corte Suprema de Justicia ha adoptado la Teoría de la Causalidad Adecuada, bajo la cual no todas las causas que intervienen en la producción de un efecto son equivalentes, sino que sólo las que se consideren adecuadas tienen incidencia causal desde el punto de vista jurídico, es decir sólo aquellas que objetivamente tengan la virtualidad de generar tal efecto, se considerarán aptas para establecer el nexo causal.

En este sentido se ha pronunciado reiteradamente la Corte Suprema de Justicia, a partir de la sentencia proferida el 1º de septiembre de 1960, en la cual expresó: *“Nexo causal. Sin entrar al estudio de todos los elementos que integran la culpa extracontractual, en relación con el agente, la violación del derecho ajeno, el perjuicio efectivo y la imputabilidad o responsabilidad, debe considerarse el nexo de causalidad entre el daño y el hecho o acto reputado como culposo.*

*(...) La causalidad presupone una condición o relación tal sin la cual no se explicaría la existencia de un hecho determinado, que procede de otro como de su causa por ser idóneo y adecuado para producir, como efecto, el daño imputado ala culpa del agente.” (Subrayado por fuera del texto).*

Igualmente es necesario destacar que la presencia de nexo causal entre un hecho dañoso desplegado por un sujeto y los daños sufridos por la víctima puede verse desvirtuada en razón de la ruptura de dicho nexo por la verificación de un factor extraño como lo son la culpa de la víctima, el caso fortuito o la fuerza mayor y el hecho de un tercero, en cuyo caso no resulta dable establecer responsabilidad al agente como resultado de los hechos acaecidos (los perjuicios sufridos por la víctima) al haber intervenido de manera decisiva y determinante en la generación de los mismos uno o varios de los alegados factores extraños al agente.

Ahora bien, la existencia del nexo causal puede enervarse en virtud de tres elementos fundamentales, a saber: Caso Fortuito o Fuerza Mayor, Hecho de un Tercero, o por el Hecho de la Víctima. Es así como, cuando se verifica cualquiera de estas tres hipótesis, se produce la ruptura del nexo causal, en virtud de lo cual, al faltar este elemento fundamental, no surge responsabilidad alguna a cargo del agente en virtud de los hechos acaecidos.

Sin perder de vista las consideraciones precedentes, en el caso que nos ocupa es evidente que la causa de la fractura, así como las complicaciones derivadas de la misma, son consecuencia directa del accidente de tránsito en el que se vio involucrada la demandante el 17 de enero de 2014. Hecho que, naturalmente, resulta completamente ajeno a las entidades demandadas, quien se limitaron a prestar la atención hospitalaria pertinente para la atención de la paciente.

En este orden, es evidente que en el caso que nos ocupa se está presencia de una fuerza mayor como causal de exoneración de las entidades demandadas.

#### **4. INEXISTENCIA Y/O SOBRESTIMACIÓN DE LOS PERJUICIOS.**

De acuerdo a lo solicitado por la parte demandante en el *petitum* de la demanda, los perjuicios reclamados fueron cuantificados de la siguiente forma:

- Daño moral:

Para Clara Stella Cruz Díaz 100 smlvm

Para Karen Lorena Parra Cruz 100 smlvm

- “Daño a físico especial”

Para Clara Stella Cruz Díaz 200 smlvm

Para Karen Lorena Parra Cruz 200 smlvm

- Perjuicios materiales:

En favor de Clara Stella Cruz Díaz OCHO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS (\$8.680.660) correspondiente a “los ingresos mensuales que devengaba CLARA STELLA CRUZ DÍAZ y que dejó de obtener desde el 17 de enero de 2014 y hasta el mes de marzo de 2015”.

**Total 600 smlmv por daños de carácter extrapatrimonial, suma que a la fecha de la contestación de la demanda asciende a \$ 545.115.600.**

#### **En cuanto al Daño Moral.**

Las sentencias de unificación del Consejo de Estado del 28 de agosto de 2014 establecieron tablas de tarifación de los daños morales en diferentes eventos. En relación con la tarifación de los daños morales con ocasión de lesiones o daños a la persona<sup>2</sup>, se estableció la siguiente tabla:

---

<sup>2</sup> Sentencia Unificación del 28 de agosto de 2014, Exp. No. 31.172.

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

En el caso que nos ocupa la parte actora no ha acreditado la existencia de una pérdida de capacidad laboral que permita el reconocimiento de ningún tipo de daño moral, bien sea a la víctima directa o a los demás integrantes de la parte demandante. En consecuencia, es evidente que este perjuicio no puede ser reconocido por el Despacho.

### En lo tocante al “Daño a físico especial”

Se lo primero señalar que esta categoría de perjuicio no cuenta con ningún respaldo legal o jurisprudencial. Lo pretendido no puede ser considerado más que una tipología de daño inexistente, razón por la cual el juez debe desecharla por alegarse de las tipologías de daños extrapatrimoniales legal y jurisprudencialmente reconocidos en Colombia.

Sin embargo, en el remoto evento en que el juez decida interpretar la demanda y por esta vía reconocer algún tipo de perjuicio, es claro que por el contenido de la tipología indicada por el demandante, e incluso por el mismo nombre empleado, la categoría más cercana reconocida es el daño a la salud.

Esta tipología de daños cuenta con características jurisprudencialmente decantadas que hacen improcedente el reconocimiento de este daño en el caso que nos ocupa.

En primer lugar se trata de un perjuicio cuya titularidad recae únicamente en cabeza de la víctima directa, razón por la cual, no podría reconocerse a la señora Karen Lorena Parra Cruz. De otro lado, al igual que en los eventos de daño moral derivados de lesiones, el Consejo de Estado tiene fijada una tabla para el reconocimiento de los daños a la salud. Tabla que está ligada a la demostración de la pérdida de capacidad laboral de la víctima directa. Circunstancia que, se insiste, no está acreditada en el caso que nos ocupa.

En adición a lo anterior se tiene que, de acuerdo con la tabla creada por el Consejo de Estado, el tope máximo a reconocer por daño a la salud en caso de lesiones asciende a 100 smlmv cuando la pérdida de capacidad laboral es igual o superior al 50%, de allí que se pueda concluirse que las pretensiones se encuentran abiertamente sobreestimadas.

**En lo tocante a los perjuicios materiales:**

En primer lugar, teniendo en cuenta que la señora Clara Stella Cruz Díaz desarrollaba actividades productivas con anterior al lamentable accidente de tránsito ocurrido el pasado 17 de enero de 2014, es viable inferir que, por tal virtud, se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales y de efectuar los correspondientes aportes.

En ese sentido, a raíz de la incapacidad temporal derivada de las lesiones corporales sufridas por CLARA STELLA CRUZ DÍAZ, el pago del período en que estuvo cesante corrió por cuenta o bien de la EPS a la cual se encontraba afiliada para ese momento o por cuenta de la respectiva ARL, según si se trata de una contingencia común o profesional.

Por lo tanto, siendo CLARA STELLA CRUZ DÍAZ beneficiaria de las prestaciones económicas y asistenciales emanadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales, es factible concluir que durante el período en que se encontraba cesante no

hubo una pérdida de ingresos. En consecuencia, si a los demandantes les asiste el derecho a percibir la correspondiente mesada pensional o si y al perciben, es evidente que estamos frente a un claro evento de inexistencia de perjuicio indemnizable bajo la modalidad de lucro cesante.

Por consiguiente, no sería viable desde ningún punto de vista jurídico, acceder a las pretensiones de la parte demandante en lo que a este rubro respecta, puesto que si así fuera, la correspondiente indemnización por rubro de lucro cesante serviría de vehículo al demandante para acceder a un enriquecimiento sin causa, desnaturalizando de ese modo la función resarcitoria connatural a la indemnización de perjuicios a la luz de la responsabilidad civil.

#### **IV. A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

En los términos de los artículo 225 del CPACA y 64 del Código General del Proceso, me opongo a la pretensión expresada por medio del llamamiento en garantía, como quiera que la cobertura brindada por el contrato de seguro se encuentra limitada a los estrictos y precisos términos contenidos en su clausulado.

#### **V. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.**

Seguidamente me referiré a los hechos que constituyen el sustrato fáctico del llamamiento en garantía formulado por HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E en contra de LA PREVISORA, en la forma y orden previstos en el correspondiente escrito.

1. **ES CIERTO.** Así se deriva de la lectura de la demanda.
  
2. **NO ES CIERTO,** si bien, es cierto que LA PREVISORA expidió la póliza No. 1005885 con vigencia entre el 28 de febrero de 2013 y hasta el 01 de marzo de 2014, no es cierto que dicha póliza y dicha vigencia amparen lo hechos materia del presente proceso.

3. **NO ES UN HECHO**, se trata de consideraciones de corte jurídico que realiza el llamante en garantía, las cuales, en esta etapa del proceso, carecen de respaldo jurídico y probatorio.
4. **NO ES CIERTO**, el objeto de la póliza No. 1005885 y los amparos de la misma se encuentran expresamente establecidos en las condiciones particulares de la misma. Dentro de los amparos previstos en la póliza No. 1005885 no se evidencia ninguno del tenor de lo afirmado por el llamante en garantía. Así, mismo, se destaca que dichos amparos se encuentran delimitados por los estrictos y precisos términos previstos en la póliza.

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

1. Ausencia de cobertura temporal de la póliza No. 1005885: dicha póliza opera bajo la modalidad claims made.
2. La cobertura de la Póliza se encuentra limitada a lo estrictamente convenido en su clausulado.
3. En caso de determinarse inconsistencias en la historia clínica, se produce la pérdida del derecho a la indemnización.
4. Debe respetarse la suma máxima asegurada frente al amparo de daños extrapatrimoniales.
5. Debe respetarse la suma máxima asegurada frente al amparo de responsabilidad civil clínicas y hospitales.
6. Existencia de deducible.
7. Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

## RAZONES DE LA DEFENSA FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA Y FUNDAMENTO DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS

### 1. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA NO. 1005885: DICHA PÓLIZA OPERA BAJO LA MODALIDAD CLAIMS MADE.

El artículo 4 de la Ley 389 de 1997 establece:

*“Artículo 4. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.*

*Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años.”* (se destaca)

Esta disposición es el fundamento normativo del denominado sistema de cobertura *claims made* o por reclamación. Bajo este sistema de cobertura, el siniestro se concreta en reclamación que presente la víctima al asegurado o a la aseguradora.

Bajo la modalidad de cobertura *claims made*, para que una póliza de responsabilidad ofrezca cobertura es necesario que se verifiquen dos condiciones, en ausencia de cualquiera de ellas la póliza no podrá ser afectada. Dichas condiciones son las siguientes:

- Que el hecho generador de la responsabilidad haya ocurrido en vigencia de la póliza o durante el periodo de retroactividad ofrecido por la póliza.
- Que la víctima presente al asegurado o a la compañía de seguros una reclamación en vigencia de la póliza.

En ausencia de cualquiera de estos requisitos la póliza no ofrecerá cobertura.

Pues bien, descendiendo al caso que nos ocupa debe iniciarse señalando que la Póliza de responsabilidad civil No. 1005885 expedida por LA PREVISORA se encuentra estructurada bajo el sistema *claims made*. Así se indica expresamente en las condiciones particulares de la póliza:

*“ACTIVIDAD: Prestación de servicios de salud*

*MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE*

*CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-3*

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

Lo anterior quiere decir que para que se configure el siniestro y la póliza puede ser afectada deben reunirse los requisitos anteriormente explicados. Así se indica en las condiciones particulares de la Póliza:

*“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:*

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

*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”*

En el caso que nos ocupa es evidente que el hecho generador de la responsabilidad, estos es, el acto médico ocurrió en vigencia de la póliza. Sin embargo no se encuentra acreditado que la víctima haya presentado su primer reclamo en vigencia de esta o cualquier otra póliza expedida

por mi representada. Por esta razón debe concluirse que la Póliza de responsabilidad civil No. 1005885 no ofrece cobertura temporal a los hechos materia del proceso.

## **2. LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SE ENCUENTRA LIMITADA A LO ESTRICTAMENTE CONVENIDO EN SU CLAUSULADO**

Conforme a lo normado en los artículos 1045<sup>3</sup> numeral 2, 1047<sup>4</sup> numeral 9 y 1056<sup>5</sup> del Código de Comercio, compete libremente a la Compañía Aseguradora la asunción de los riesgos que pretenda adoptar por virtud del negocio asegurativo, lo cual conlleva, igualmente, a que jurídicamente se haya reconocido que dicha facultad implica la delimitación de los riesgos transferidos, así como de las situaciones expresamente excluidas de cobertura, las cuales son aceptadas plenamente por el tomador al manifestar su consentimiento frente al respectivo contrato.

Así las cosas, en el evento improbable que el Despacho establezca responsabilidad a cargo del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E, y decida, con fundamento en ello, proferir condena contra mi representada, con base en la cobertura otorgada por la misma a través de la Póliza No. 1005885, habrá de tenerse en cuenta el monto y extensión de la responsabilidad asumida por la Aseguradora con fundamento en las condiciones generales y particulares estipuladas en el referido contrato de seguro, esto es concretamente, cuál de los perjuicios por los cuales se profiera condena en contra del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E se encontraban amparados por la referida Póliza, tal como obra en las condiciones generales y particulares de la misma, pues por aquellos perjuicios sobre los cuales no se haya otorgado la respectiva cobertura de la Póliza, no podrá proferirse condena en contra de la llamada en garantía, para la indemnización de los mismos.

---

<sup>3</sup> “Son elementos esenciales del contrato de seguro: (...) 2) El riesgo asegurable (...)”.

<sup>4</sup> La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato: (...) 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo”.

<sup>5</sup> “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”.

**3. EN CASO DE DETERMINARSE INCONSISTENCIAS EN LA HISTORIA CLÍNICA, SE PRODUCE LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

En la condición segunda del clausulado general, se estipularon una serie de requisitos y condicionamientos que debía cumplir la entidad asegurada en relación con el diligenciamiento y cuidado de las historias clínicas, cuyo cumplimiento se convino en modo de garantía del contrato de seguro, y, a su turno, también como condición suspensiva para el surgimiento del derecho indemnizatorio a cargo del asegurado y la eventual víctima.

Ciertamente, teniendo en mente la segunda de las circunstancias nombradas (condición suspensiva), la cláusula décimo cuarta del condicionado general, en su literal b), dispuso que cuando se incumplieran las garantías exigidas al asegurado, se perdería en forma total los derechos indemnizatorios que pudieran derivarse de la Póliza; sin que para tal fin interese lo dispuesto en el artículo 1061 del Código Comercial, pues la consecuencia jurídica en comento (la de la condición décimo cuarta) tiene fuente contractual y difiere de las enunciadas en el artículo del Código (anulabilidad o terminación contractual, según sea el caso), las cuales se dan si la Aseguradora así lo desea.

Así reza la indicada cláusula contractual:

*“CONDICIÓN SEGUNDA*

*GARANTÍAS DEL ASEGURADO*

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

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



VÉLEZ GUTIÉRREZ  
A B O G A D O S

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

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

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

c) *Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s)”*

De esta forma, apelando a la condición transcrita, y sin que se interprete que la Aseguradora renuncia a los efectos jurídicos previstos en el mentado artículo 1061 del Código de Comercio, si en el marco del proceso se entiende por parte del Señor Juez que la historia clínica de la señora CLARA STELLA CRUZ DÍAZ presenta inconsistencias y se ha llevado sin la observancia de lo contemplado en la Póliza, deberá concluirse, por virtud de la condición contractual en comento, que no se ha generado derecho resarcitorio alguno a favor ni del asegurado ni de los demandantes; cual es una situación que, se insiste, está prevista contractualmente en forma autónoma y diferente a lo dispuesto en el artículo 1061 comercial.

#### **4. DEBE RESPETARSE LA SUMA MÁXIMA ASEGURADA FRENTE AL AMPARO DE DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES**

En el evento improbable en el que en el presente caso se decida el rechazo de las excepciones formuladas anteriormente, y en ese sentido se decida proferir condena en contra de mi representada, el Despacho habrá de tener en cuenta que la cobertura de la Póliza No. 1005885, se encuentra limitada, frente al amparo de daños extrapatrimoniales, al monto de la suma máxima asegura, suma por encima de la cual, en consecuencia, no se podrá proferir condena en contra de mi representada, de conformidad con lo establecido por el artículo 1079 del Código de Comercio, el cual dispone: *“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1074”*.

Así entonces, al tenor de lo dispuesto en la citada norma, es claro que la responsabilidad del asegurador se encuentra limitada por la suma asegura pactada en el respectivo contrato, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1079 del C de Co., excepción que hace referencia al reconocimiento por parte del Asegurador de los gastos asumidos para evitar la extensión y propagación del siniestro, la cual, sobre advertir, no resulta aplicable al presente caso.

En este sentido, la Póliza No. 1005885 claramente determina el valor de la suma asegurada para el amparo de daños extrapatrimoniales, de la siguiente forma:

- DANOS EXTRAPATRIMONIALES 150,000,000.

Por consiguiente, de conformidad con las mencionadas condiciones de la Póliza y las normas del contrato de seguro, es evidente que en el evento en que el Despacho acepte las pretensiones formuladas en contra del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E y la llamada en garantía, ésta última no podrá ser condenada a pagar suma que exceda el monto de las sumas máximas aseguradas, es decir, suma que exceda los ciento cincuenta millones de pesos m/cte (\$150.000.000) por evento, acorde a lo arriba expuesto.

**5. DEBE RESPETARSE LA SUMA MÁXIMA ASEGURADA FRENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES**

En consonancia con el anterior medio exceptivo, en el evento improbable que el Despacho decida rechazar las excepciones hasta el momento formuladas, y como consecuencia de ello decida proferir condena en contra de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, el Señor Juez habrá de tener en cuenta que la cobertura de la Póliza No. 1005885, se encuentra limitada, adicionalmente, en relación con el amparo de responsabilidad civil clínicas y hospitales que se pretende afectar en el presente proceso, al monto de la suma máxima asegurada, suma por encima de la cual, se reitera, no se podrá condenar a mi representada, según lo dispuesto en el artículo 1079 del Código de Comercio, anteriormente mencionado.

De esta forma, es claro que la responsabilidad en cabeza de mi representada se encuentra limitada, en relación con el amparo en mención, por la suma asegurada pactada en el respectivo contrato, en el cual se determina específicamente el valor de la suma asegurada para este amparo, de la siguiente forma:

- Cobertura responsabilidad civil clínicas y hospitales: quinientos millones de pesos m/cte. (\$500.000.000).

Así pues, de conformidad con las mencionadas condiciones de la Póliza y las normas del contrato de seguro, es evidente que en el evento en que el Despacho acepte las pretensiones formuladas contra la HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E y mí procurada, ésta última no podrá ser condenada a pagar suma que exceda el monto de la suma máxima asegurada para el amparo de responsabilidad civil clínicas y hospitales, es decir, suma que exceda los quinientos millones de pesos m/cte. (\$500.000.000), a favor de la parte demandante, **incluido dentro de este valor un tope máximo, para los daños extrapatrimoniales de ciento cincuenta millones de pesos m/cte (\$150.000.000), acorde a lo arriba expuesto.**

## **6. EXISTENCIA DE DEDUCIBLE**

El deducible es el monto del valor a indemnizar que queda a cargo del asegurado. Así las cosas, en este caso particular, de existir algún tipo de condena en contra del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E así como en contra mi representada, debe tomarse en consideración, al momento de liquidar el valor de la indemnización, el descuento que a título de deducible se encuentra pactado en la Póliza No. 1005885.

En efecto, como es bien sabido, el deducible es aquella porción de la pérdida que le corresponde asumir directamente al Asegurado, y que, por tanto, se debe descontar del valor a cancelar a título de indemnización derivada del contrato de seguro.

Ciertamente, así lo ha reconocido reiterativamente la doctrina y la jurisprudencia, y así mismo lo destacó expresamente la Póliza expedida en el presente caso en su carátula, y en la cual se encuentra pactado, en punto del amparo de responsabilidad civil clínicas y hospitales, un deducible que asciende al **diez por ciento (10%) del valor de la pérdida, mínimo cinco millones de pesos (\$5.000.000,00)**, aplicables al valor total de la indemnización surgida por este concepto; valores que deberá asumir la entidad asegurada en caso de presentarse un siniestro, de forma tal que, si no se llegase a tener en cuenta esta estipulación de las partes, en

virtud de la cual al asegurado le corresponde asumir una cuota de la pérdida, se estaría violando el artículo 1602 del Código Civil, en razón a que se desconocería una clara estipulación contractual.

## **7. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**

En los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, resulta dable entrar a verificar si cualquier derecho indemnizatorio generado a partir de la Póliza, se ha extinguido por prescripción, razón por la cual, aun cuando se rechazara el reconocimiento de las excepciones formuladas contra la demanda, eventualmente no habría lugar a que se llegue a proferir condena en contra de mí representada, en virtud de la cobertura otorgada por el contrato de seguro que ha motivado su vinculación al presente proceso. En efecto, en relación con el término de prescripción de las acciones que surgen del contrato de seguro, el artículo 1081 del C. de Co. establece:

*“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

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

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no podrán ser modificados por las partes” (resaltado no original).*

Así mismo, en relación con el caso que nos ocupa, debe tenerse presente que el comienzo del término de prescripción frente al seguro de responsabilidad civil, opera conforme lo establecido por el artículo 1131 del C. de Co. en los siguientes términos:

*“En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.”*

Por tal motivo, ante la ausencia de conocimiento que mi representada tiene sobre la viabilidad de que se haya configurado, con anterioridad al trámite de la conciliación prejudicial, la reclamación extrajudicial a la que hacen alusión las normas, con base en los medios de convicción que se practicarán en el periodo probatorio, se establecerá la procedibilidad de la presente excepción de mérito.

## **VII. OBJECCIÓN A LA ESTIMACIÓN DE PERJUICIOS REALIZADA POR LA PARTE ACTORA**

De conformidad con lo preceptuado por el artículo 206 del Código General del Proceso, me permito objetar la cuantificación que de los perjuicios hizo la parte demandante; aclarando que, con el ánimo de no ser reiterativo, que me permito remitir al Señor Juez a la excepción denominada “Inexistencia y/o sobreestimación de los perjuicios solicitados”, en cuyo contenido se señalan las objeciones efectuadas al *quantum* propuesto por los accionantes. No obstante, respecto de los daños extrapatrimoniales que se reclaman por la parte demandante habrá de tener en cuenta el Señor Juez que los mismos escapan a la órbita del juramento estimatorio previsto en el artículo 206 del Código General del Proceso.

## **VIII. PRUEBAS**

### **A. DOCUMENTALES**

1. Poder que me legitima para actuar, que obra en el expediente.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de **LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, expedido por la Superintendencia Financiera, que obra en el expediente.
3. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1005885, con sus condiciones particulares y generales vigente para el momento de la ocurrencia de los hechos.

#### B. INTERROGATORIO DE PARTE CON EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

4. Solicito comedidamente que se fije fecha y hora para CLARA STELLA CRUZ DÍAZ y KAREN LORENA PARRA CRUZ comparezcan al Despacho, a efectos de absolver el cuestionario que me permitiré formularle, en relación con los hechos materia del litigio.

Así mismo, solicito al Despacho que en el marco de dicha diligencia se ordene a la parte demandante exhibir copia de la primera reclamación o solicitud de indemnización judicial o extrajudicial presentada por las demandantes a el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. con su respectivo sello de radicación. La anterior exhibición se solicita con el fin de probar las excepciones al llamamiento en garantía denominadas “Ausencia de cobertura temporal de la póliza No. 1005885: dicha póliza opera bajo la modalidad claims made” y “Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.”

La parte demandante podrá ser citada a través de su apoderado o en las direcciones indicadas en la demanda.

#### C. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

5. solicito al Despacho que se ordene a el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. exhibir copia de la primera reclamación o solicitud de indemnización judicial o extrajudicial presentada por las demandantes con su respectivo

sello de radicación. La anterior exhibición se solicita con el fin de probar las excepciones al llamamiento en garantía denominadas “Ausencia de cobertura temporal de la póliza No. 1005885: dicha póliza opera bajo la modalidad claims made” y “Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.”

El HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. podrá ser citado a través de su apoderado o en la dirección indicada en la contestación de la demanda.

### **IX. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Fundamento la contestación que aquí se presenta en los artículos 1602 y siguientes del Código Civil, en los artículos 1079, 1081, 1127 y siguientes del Código de Comercio y en el artículo 64 y siguientes del Código General del Proceso y en las demás normas concordantes y complementarias.

### **X. ANEXOS**

1. Documentos mencionados en el acápite de pruebas.

### **XI. NOTIFICACIONES**

1. La parte demandante, en la dirección señalada en su demanda.
2. La parte demandada, en la dirección que obra en el expediente.
3. La parte llamada en garantía **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**, así como su representante legal, recibirán notificaciones en la Calle 57 No. 9-07 de la ciudad de Bogotá D.C., y al correo electrónico [notificacionesjudiciales@previsora.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@previsora.gov.co).

4. Por mi parte las recibiré en la secretaría del Despacho, en la Carrera 7 # 74b - 56 Piso 14, de la Ciudad de Bogotá D.C., y a los correos electrónicos [rvelez@velezgutierrez.com](mailto:rvelez@velezgutierrez.com) y [mzuluaga@velezgutierrez.com](mailto:mzuluaga@velezgutierrez.com).

Del Señor Juez, respetuosamente,



**RICARDO VÉLEZ OCHOA**  
C.C. 79.470.042 de Bogotá  
T. P. 67.706 del C.S. de la J.

PÓLIZA N°

1005885

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

SEGUROS

**13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL**

SOLICITUD DÍA 25 MES 2 AÑO 2013			CERTIFICADO DE EXPEDICION			N° CERTIFICADO 0			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO		
TOMADOR 1810-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.										NIT 899.999.032-5							
DIRECCIÓN 1810-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.										TELÉFONO 2805144							
ASEGURADO 1810-HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.										NIT 899.999.032-5							
DIRECCIÓN KR 8 N° 0 29 SUR, SANTAFE DE BOGOTA DC, BOGOTA										TELÉFONO 2805144							
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				7002		70		25 2 2013			28 2 2013		00:00		1 3 2014		00:00
CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA										FORMA DE PAGO 34. CONVENIO LICITAC			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 500,000,000.00				

Riesgo: 1 -  
KR 8 NO. 0-55 HOSPITALES, SANTAFE DE BOGOTA DC, BOGOTA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	500,000,000.00	SI	35,095,890.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	500,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	100,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	0.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	150,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	100,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	0.00		

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.	NIT 8999990325	100.000 % NO APLICA

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

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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***35,095,890.00
GASTOS	\$*****0.20
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***5,615,342.43
AJUSTE AL PESO	\$*****0.37
<b>TOTAL A PAGAR EN PESOS</b>	<b>\$**40,711,233.00</b>

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985.

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.

30/05/2019 21:32:41

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				3084	3	MADEL LTDA ASESORES DE	12.50	4,386,986.25

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1005885 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

SE EMITE LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO CON INVITACION PUBLICA No. 06 DE 2013

RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

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 y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Prestación de servicios de salud  
MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE  
CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-3

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: \$500.000.000

SUBLÍMITES

Gastos de defensa, sublimitado a 4% por evento y 20% en el agregado anual  
Gastos médicos, sublimitado a 4% por evento y 20% en el agregado anual  
Perjuicios extrapatrimoniales (perjuicio moral, fisiológico y a la vida en relación), sublimitado a 30% por evento / en el agregado anual

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

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

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 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.

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.

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.

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:

Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1005885 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

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.

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.

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 carátula 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%.

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

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:

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

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.

#### EXCLUSIONES

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

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

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.

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.

Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.

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

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.

El resultado esperado de los procedimientos realizados.

Prestación de servicios domiciliarios

Reclamaciones propias de otra clase de seguros

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

Renovación automática.

Restablecimiento automático

R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

#### CONDICIONES PARTICULARES.

Revocación de la póliza, 30 días

Ampliación de aviso de siniestro, 30 días

Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1005885 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: EXPEDICION**

**0**

Designación de ajustadores

Periodo extendido de reclamación hasta 24 meses, previo aviso de 15 días y con cobro de prima adicional

Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:

Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.

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.

Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.

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.

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.

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.

DEDUCIBLES

GASTOS MEDICOS SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE

GASTOS DE DEFENSA 10% GASTOS INCURRIDOS

DEMÁS AMPAROS 10% VALOR DE LA PERDIDA \$ 5.000.000.00

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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



## CONDICIONES GENERALES

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

### CONDICIÓN PRIMERA

#### AMPAROS

#### AMPAROS CUBIERTOS

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

#### 1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

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

#### 1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.

A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:

- 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
- 2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.
- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUS DEPENDIENTES;
- 4) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS

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

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



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

1.3 **PREVISORA** SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE **PREVISORA** POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL.

1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.

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

- a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FÉLICITAMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
- c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

### EXCLUSIONES

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

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

### 2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

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

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

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



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

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

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

2.12 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.

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

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

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

2.16 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 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.
- 2.34 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.
- 2.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS



- SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
- 2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
- 2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:
- a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO 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.
- b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
- c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
- ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

### CONDICIÓN SEGUNDA

#### GARANTÍAS DEL ASEGURADO

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

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

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

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

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

1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:
  - a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas pertinentes, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
  - b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
  - c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto



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

- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 **MINSALUD**)
- e) Entregar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por el Asegurador, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.
- f) Colaborar con el Asegurador, o al representante nombrado por el Asegurador, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.
- g) Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo "reclamo" o litigio.
- h) Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- i) Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o "indemnización" sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.

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

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



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

### CONDICIÓN TERCERA

#### SUMA ASEGURADA

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

- 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.

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

### CONDICIÓN CUARTA

#### DEDUCIBLE

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

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

### CONDICIÓN QUINTA

#### PERSONAS ASEGURADAS

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### CONDICIÓN SEXTA

#### PRIMA

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

### CONDICIÓN SÉPTIMA

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

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

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

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

### CONDICIÓN OCTAVA

#### DENUNCIA DE "RECLAMOS"

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

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

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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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



## CONDICIÓN NOVENA

### RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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

## CONDICIÓN DÉCIMA

### EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

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

El anexo 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 por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el anexo de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho anexo no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

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

A fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

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

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

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

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

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

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

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

## CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

### DEFENSA EN JUICIO CIVIL

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

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

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

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

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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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



## CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

### TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

## CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

### PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

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

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

## CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

### CLÁUSULA COMPROMISORIA

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

## CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

### VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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

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

Asegurado, éste no podrá exigir que **PREVISORA** las sustituya.

- b) "Costas, gastos, intereses y honorarios":** **PREVISORA** asume a su cargo, el pago de las costas judiciales, intereses en causa civil, y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para oponerse a las pretensiones del tercero, en demandas infundadas o no, sin embargo, cualquiera que fuese el resultado del litigio, el monto de dicho concepto no podrá superar el 100% de la suma asegurada, o del sublímite el excedente quedará a cargo del asegurado.
- c) Opción del Asegurador:** En cualquier momento, **PREVISORA**, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte de **PREVISORA** en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito judicial de la Suma Asegurada, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual **PREVISORA** quedará liberado de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del(de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del Asegurado.

## CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

### PROCESO PENAL

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

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

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

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

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

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

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

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

#### SUBROGACIÓN

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

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

### CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

#### RETICENCIA

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

### CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

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

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

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

### CONDICIÓN VIGÉSIMA

#### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

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



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

### CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

#### AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

### CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

#### OTROS SEGUROS

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

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

### CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

#### CESIÓN DE DERECHOS

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

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

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

### CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

#### MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

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

### CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

#### DEFINICIONES

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



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

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

### CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

#### ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

##### - Agravación del Riesgo

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

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

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

### CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

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

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

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

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o

b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

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

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

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