36

CHUBB

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

(571) 326-6200 PBX
(571) 319-0300
(571) 319-0400
(571) 319-0408 Fax
www.chubb.com/co

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia
12 RESPONSABILIDAD	02 Renovacion	37731	0	12003773100000

Sucursal	Vigencia del Seguro	Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Fecha de Emisión	Año	Mes	Día
03 BOGOTA	Desde	2019	02	27	00	Hasta	2020	02	26	24		2019	02	21

Tomador	GINECO OBSTETRAS HOSPITAL DE SAN JOSÉ	**C.C. O NIT**	8301193711
Dirección	CALLE 10 NRO 18-75	**Ciudad**	BOGOTÁ
Asegurado	GINECO OBSTETRAS HOSPITAL DE SAN JOSÉ	**C.C. O NIT**	8301193711
Dirección	CALLE 10 NRO 18-75	**Ciudad**	BOGOTÁ
Beneficiario	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT**	IIIII
Dirección	ND	**Ciudad**	-

Intermediario

31214 RODRIGUEZ BERNAL EDGAR MAURICI 17.50

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

RENUEVA POLIZA NRO. 3030468

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

Nit 860.026.518-6

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Valor Prima	19.800.000,00	$COP
Gastos Exped.	0,00	$COP
I.V.A.	3.762.000,00	$COP
Total a Pagar	**23.562.000,00**	**$COP**

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

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

Nit 860.026.518-6

Jaime Chaves Y.

Tomador **Chubb Seguros Colombia S.A.**

ARCHIVO

3X

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2019/02/21**

Hoja Matriz de: OTROS						
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**02**	**37731**		**0**	

Operacion:RENOVACION **1 OPERACION ORIGINAL**

T.Pol.	Periodo	T. Seg.	T.Neg. 1	Mod. Seguro 0	CON:	
			COMERCIAL	EXTRACONTRACTUA		

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

Departamento....:	CUNDINAMARCA	Cod.....:	03
Sucursal.....:	BOGOTA	Cod.....:	03
NombRODRIGUEZ BERNAL EDGAR MAURICI		Cod. Agente.....:	3-1214
		Coms.Agente..:	%/ 17.50%
Tomador.....:	GINECO OBSTETRAS HOSPITAL DE S	Nit. CC.....:	8301193711
Direccion.....:	CALLE 10 NRO 18-75	Ciudad.....BOGOTÁ	
Asegurado.....:	GINECO OBSTETRAS HOSPITAL DE S	Nit. CC.....:	8301193711
Direccion.....:	CALLE 10 NRO 18-75	BOGOTÁ	
Beneficiario....:	TERCEROS AFECTADOS	Nit. CC.....:	11111
Direccion.....:	ND	-	
Moneda.....:	PESOS	Cod.....:	00
Tipo de Cambio..:			

VIGENCIAS:	POLIZA		DOCUMENTO		Calculo: 2=Corto Pl.
Ter	Dias	Emision Desde Hasta	Desde	Hasta	Prima 3=Prorrata
12	364	20190221 20190227 20200226	20190227	20200226	3 4=Especial

Tipo de Negocio.:	Sin Coaseguro	%	
ó Aceptacion....:			
Coaseguros.....:		Poliza Lider	Doc Lider
Aceptados .....:	% Participacion	%	

Nro. de Rsgo	Bien A. o Tray	Cod de cr. Amp	Des cr. Amp	Descripcion del Riesgo: Bien Asegurado	Decl arac	Ram Esp	Dias Lucro	Suma A/da. Anual Lim.Max.Asegurado Lim.Max.Despacho.
001	001	46	AMA	UTILIDAD BRUTA	N	02		800.000.000,00
TOTAL VALORES								**800.000.000,00**

Des Amp	Vlr.A/ble/* Valor Valor Base*	Su Despacho	Tasa ma Basica	Valor Prima	* Deducibles * %	Valor
AMA	800.000.000,00	S	0,000	19.800.000,00	0,000	
TO	**800.000.000,00**			**19.800.000,00**		**...TOTALES**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA **Fecha: 2019/02/21**

Hoja Matriz de: OTROS					
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	**12**	**02**	**37731**		**0**	

Operacion:RENOVACION **1 OPERACION ORIGINAL**

Continuacion de la pagina Anterior

Nro. Rsgo	Direccion riesgo / Desc. Actividad	Codigo Ubica.	Codigo Ocupac.	Grupo Const	Clasi fica.
001	CALLE 10 NRO 18-75 OTROS		7011		

COASEGUROS CEDIDOS

Clausulas y Textos:

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGÚN COMUNICACIÓN DEL BRÓKER, SE RENUE
VA LA PRESENTE PÓLIZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

39

CHUBB

Certificado de Cesión de Reaseguro
Certificate of Reinsurance Cession

Confirmamos por medio del presente la cesión facultativa aceptada por ustedes, de acuerdo a los terminos y condiciones detallados a continuación.
We hereby confirm the Facultative cession accepted by you in accordance with the terms and conditions, as follows:

Certificado N°	:	**GCP/ 12-00000**
Asegurado *Insured*	:	**GINECO OBSTETRAS HOSPITAL DE SAN JOSÉ**
Codigo Multinacional *Multinational Code*	:	Rcc Treaty
Poliza Local No. *Local Policy No.*	:	0037731
Endoso No. *Endorsement No.*	:	00000
Ubicación *Location*	:	CALLE 10 NRO 18-75 BOGOTÁ
Ramo *Line of Bussines*	:	RESPONSABILIDAD
Vigencia *Policy Term*	:	2019/02/27 a 2020/02/26
Bienes Asegurados *Insured Properties*	:	
Moneda *Currency*	:	PESOS
Suma Asegurada Total *Insured Amount*	:	800.000.000,00
Prima Total *Premium*	:	19.800.000,00
Su Participación Suma *Your Share Sum*	:	800.000.000,00
Su Participación Prima *Your Share Premium*	:	19.800.000,00
Reserva de Primas *Premium Reserve*	:	
Comisión *Commission*	:	
Saldo Neto *Net Balance*	:	19.800.000,00
Observaciones *Observations*	:	CONTRATO RENOVACION

Los demás términos y condiciones se muestran en documento adjunto, mismo que deberán revisar y, en caso de estar conformes, devolver copia firmada del presente.
The other terms and conditions are shown in attached document, which you should revise and return signed copy as acceptance confirmation.

Santa Fe de Bogotá 21 de FEBRERO de 2019

Reasegurador
Reinsurer

Cedente
Cedent

CHUBB

REAR33A
21/02/2019
12:44:49

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "A"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0037731	00000	12-00000	02 RENOVACION	0030468

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia		
00		2019/02/21	2019/02/27	A	2020/02/26

Asegurado
08301193711-GINECOOBSTETRAS HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Reasegurador	Broker
-	

Línea de Negocio	MIultinal	RCC	Treaty
7 ********			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	% Cedido	Suma Cedida	Prima Cedida	Comisión	% Comisión	Reserva	% Reserva
	INSTITUCIONES		800,000,000.00	19,800,000.00				
		SUBTOTAL	800,000,000.00	19,800,000.00				

CHUBB

REAR33A
21/02/2019
12:44:49

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "B"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0037731	00000	12-00000	02 RENOVACION	0030468

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia		
00 PESOS		2019/02/21	2019/02/27	A	2020/02/26

Asegurado
08301193711-GINECOOBSTETRAS HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Reasegurador	Broker

Línea de Negocio	MIultinal	RCC	Treaty
7 ********			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	Distribución de Suma	Distrib. de Prima	Comisión	Reserva	Total
RETENIDO						
	INSTITUCIONES	800,000,000.00	19,800,000.00			19,800,000.00
		800,000,000.00	19,800,000.00			19,800,000.00
		800,000,000.00	19,800,000.00			19,800,000.00

CHUBB

CHUBB - COLOMBIA Revision LISTADO DE CONTROL - RESPONSABILIDAD CIVIL 12 -12 HOJA: 1

CHUBB - COLOMBIA 12 - 12

EMITIDO: 2019/02/21 12.43.35 ___REASEGURO___ REA031

Poliza... 37731

Endoso... Ref

Operacion: 02 Emision:2019/02/21 Vigencia:2019/02/27-2020/02/26
Moneda: 00 Cambio:
T030
No.RIMET T030 Periodo 1902 Ramo 12 RmoEsp 12

No	Ds	Tp Rea	Tip Reasg	Contr	Limite	En_Exceso	%	Capa	Prima_Pactada	Comision	Reserva
01	NA	RET					100.0000	11			
02	NA	RET					100.0000	21			
03	XL	RET			150,000			21			
04	XL	XL1	PSLZ		4,850,000	150,000		21			
				05190			100.0000	20170701	20180630		

DISTRIBUCION REASEGURO
DISTRIBUCION REASEGURO

Itm	Ssb	Cb	Codigo_y_Nombre Reaseguradora	%Cedido	Distrib.Suma	Distrib.Prima	Comision Valor	Comision %	Reserva Valor	Reserva %
001										
001										
		46	INSTITUCIONES MEDICAS	S						
		46	INSTITUCIONES MEDICAS	S						
		RET.			800,000,000.00	19,800,000.00				
				Sbtotal	800,000,000.00	19,800,000.00				
				Tot Ret	800,000,000.00	19,800,000.00				
				Tot Ced						
				Totales	800,000,000.00	19,800,000.00				

43

CHUBB

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/37731	0	1
GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSE LTDA		

ELITE – MÉDICA

TIPO:	SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA INSTITUCIONES MEDICAS
TOMADOR:	GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSE LTDA
ASEGURADO:	GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSE LTDA
VIGENCIA:	27 de Febrero de 2019 a las 00:00 horas hasta el 26 de febrero de 2020 a las 24:00
INTERES:	Responsabilidad Civil Profesional Médica.
DELIMITACION TERRITORIAL:	Colombia
JURISDICCIÓN	Colombia
MODALIDAD DE COBERTURA	Claims Made
RETROACTIVIDAD	25 DE ENERO DE 2010
FECHA DE ANTIGÜEDAD	28 DE ENERO DE 2010

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/37731	0	2
GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSE LTDA		

CONDICIONES ECONOMICAS

LIMITE ASEGURADO	DEDUCIBLE	PRIMA ANTES DE IVA
COP$ 800.000.000	10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP $ 5.000.000 por todo y cada reclamo.	COP $ 19.800.000

COBERTURA

✓ COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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

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

LOS ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS QUE ORIGINEN UNA RECLAMACIÓN DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL PERIODO CONTRACTUAL.

EXTENSIONES DE COBERTURA BASICAS

HACIENDO PARTE DEL LIMITE AGREGADO ANUAL DE LA POLIZA	SUBLIMITE
COBERTURA PARA CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS.	100%
COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO.	100%
COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA.	100%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COBERTURA PARA DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES.	100%
COBERTURA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL – PLO	100%

EXCLUSIONES ADICIONALES

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

- ACTOS MEDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS.

- RECLAMOS PRESENTADAS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.

- QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

- POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.

- POR CUALQUIER RECLAMACIÓN DERIVADA RESPECTO DEL EVENTO REPORTADO POR EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE – MATERNA INDICADA EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO – LISTADO DE 2017

- EXCLUSION CONDUCTA SEXUAL

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación.

CONDICIONES ADICIONALES

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997

- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza

- Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 25 DE ENERO DE 2010

- Fecha de Reconocimiento de antigüedad: 28 DE ENERO DE 2010

- PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses.

- En el evento que Chubb Seguros Colombia S.A. pague ***Gastos Legales*** y/o ***Daños***, uno de los anteriores conceptos, o ambos, correspondientes a cualquiera los casos informados en correos enviados el 6 de febrero de 2017, 01 de marzo de 2017 y posterior actualización de relación de procesos ginecobstetras enero 2018 y enero de 2019 a Chubb Seguros Colombia incluyendo el caso de MARIA YAQUELINE CASTRO GALEANO, , se cobrará al ***Asegurado*** una prima adicional del diez por ciento (10%) del valor final efectivamente indemnizado por cada uno de estos conceptos y/o casos, valor que se descontará automáticamente al momento del pago que vaya a efectuar Chubb Seguros Colombia S.A.

- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por CHUBB Seguros.

- Términos, textos y condiciones según clausulado **Elite Médicos - Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Medica Para Instituciones Medicas Codigo Superintendencia Financiera 17/02/2016 – 1305-P-06-12medinst-001**

PARTICIPACION: 100% de la anterior Suma Asegurada y prima

TÉRMINOS DE PAGO DE PRIMA: Cláusula de pago de prima 45 días calendario.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

CHUBB

ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS
01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043
17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

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

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

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

2. COBERTURAS ADICIONALES

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

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

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

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

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

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

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

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

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

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLIMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

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

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

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

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

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

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

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

3.11. CONTAMINACIÓN

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

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

3.12. DISCRIMINACIÓN

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

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

3.13. ASBESTOS

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

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

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

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

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

3.16. HONORARIOS

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

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

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

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

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

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

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

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA

REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

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

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

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

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

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

3.25. CAMBIO DE SEXO

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

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

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

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

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

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

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

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

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

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

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

3.34. FALLOS DE TUTELA

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

3.35. EVENTO CIBERNETICO

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

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.

B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.

C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,

D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

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

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños**, **Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales

Reclamaciones. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

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

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

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

5. DEDUCIBLE

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

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

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

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

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

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

II. Las fechas y personas involucradas;

III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;

IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible

Reclamación.

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

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

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

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

6.3 DEFENSA

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

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

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

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

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

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

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

7. DISTRIBUCIÓN.

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

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

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

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

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

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

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

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

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

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

- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

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

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

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

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

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

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

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

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

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

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

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

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de

indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

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

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

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

16. CESIÓN

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

17. PAGO DE PRIMAS

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

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

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

19. DELIMITACION TEMPORAL

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

20. RENOVACION

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

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

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

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

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

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

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

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

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

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

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

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

25. GARANTIAS

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

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

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

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

- Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.

- Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.

- Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.

- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.

- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

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

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

b. Acto Médico Erróneo

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

c. Asegurado

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

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

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

f. Gastos Legales

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

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

62

g. Daños

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

Daños no comprende:

a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.

b. Daños punitivos y ejemplarizantes.

c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,

d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes Colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

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

i. Datos Personales

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

j. Evento Cibernético

Significa:

a. Una violación de la seguridad de la red

b. Uso no autorizado de una red informática

c. Un virus de Computadora

d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

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

l. Periodo Contractual

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

(60)

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

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

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

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

o. Reclamación

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

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

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

p. Reconocimiento de Antigüedad

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

q. Servicios Profesionales

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

r. Tomador

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

64

Honorable
JUEZ 27 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
E. S. D.

Referencia: **Verbal Declarativo**
Demandante: **Tamara Ximena Atuesta Torrez**
Demandado: **Sociedad de Cirugía de Bogotá- Hospital de San José.**
Expediente: **11001310302720190005500**
Llamado en garantía: **Chubb Seguros Colombia S.A.**

GERMAN RICARDO GALEANO SOTOMAYOR, mayor de edad. Vecino y Residente de la ciudad de Bogotá D.C., identificado con C.C. 79.396.043 de Bogotá D.C. y T.P. 70.494 del C.S.J., asumiendo poder como apoderado de **CHUBB DE COLOMBIA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con domicilio principal en el Distrito Capital de Bogotá, según certificado de la Superintendencia Financiera de Colombia, por medio del presente escrito, presento la contestación de la demanda de responsabilidad civil médica y contestación al llamamiento en garantía que le hiciera a mi poderdante.

I. CONTESTACION A LA DEMANDA

CON RELACION A LOS HECHOS EN QUE SE FUNDAMENTAN LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO SEGUNDO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO TERCERO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO CUARTO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A. el estado de salud de la señora TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES, ni sus antecedentes de salud frente al presunto estado de gestación, por lo cual este hecho debe probarse en el proceso.

65

AL HECHO QUINTO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A. el estado de salud de la señora TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES, ni sus antecedentes de salud frente al presunto estado de gestación, por lo cual este hecho debe probarse en el proceso.

AL HECHO SEXTO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A. el estado de salud de la señora TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES, ni sus antecedentes de salud frente al presunto estado de gestación, por lo cual este hecho debe probarse en el proceso.

AL HECHO SEPTIMO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A. el estado de salud de la señora TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES, ni sus antecedentes de salud frente al presunto estado de gestación, por lo cual este hecho debe probarse en el proceso.

AL HECHO OCTAVO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A. el estado de salud de la señora TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES, ni sus antecedentes de salud frente al presunto estado de gestación, por lo cual este hecho debe probarse en el proceso.

AL HECHO NOVENO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A. el estado de salud de la señora TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES, ni sus antecedentes de salud frente al presunto estado de gestación, por lo cual este hecho debe probarse en el proceso.

AL HECHO DECIMO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A. el estado de salud de la señora TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES, ni sus antecedentes de salud frente al presunto estado de gestación, por lo cual este hecho debe probarse en el proceso.

AL HECHO UNDECIMO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO DECIMO TERCERO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO DECIMO CUARTO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A. el estado de salud de la señora TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES, ni sus antecedentes de salud frente al presunto estado de gestación, por lo cual este hecho debe probarse en el proceso.

66

AL HECHO DECIMO QUINTO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO DECIMO SEXTO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO DECIMO SEPTIMO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO DECIMO OCTAVO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO DECIMO NOVENO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO VIGESIMO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO VIGESIMO PRIMERO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO VIGESIMO TERCERO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

AL HECHO VIGESIMO CUARTO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual esto deberá probarse en el presente proceso.

CON RELACION A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

Nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones solicitadas por el extremo accionante en el proceso, en el título "PRETENSIONES" de la siguiente manera:

Nos oponemos a que se les declare administrativa y patrimonialmente responsable a **GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ Y LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ-HOSPITAL DE SAN JOSÉ**, por las presuntas lesiones de **TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES Y OTROS** toda vez que, así como no están llamadas a prosperar las declaraciones de la misma manera tampoco están llamadas a prosperar las condenas. Máxime, cuando la Ginecobstetras Hospital San José y la Sociedad de Cirugía de Bogotá-Hospital de San José, brindó atención adecuada, oportuna y pertinente, de acuerdo, con los parámetros y normatividad aplicable.

Frente a los perjuicios de orden inmaterial que el actor solicita, esto es, daños morales, daño a la vida en relación, daño a la salud, tenemos que señalar que estos son abiertamente improcedentes, En efecto, se observa a lo largo del escrito de demanda y sus soportes y de las pruebas aportadas que NO existe una prueba idónea sobre cuál fue el daño.

EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

A. **LOS ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR LOS DIFERENTES PROFESIONALES DE LA SALUD VINCULADOS A GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ Y LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ- HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A. SE CUMPLIERON CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO, CONFORME CON LA LEX ARTIS Y SIN CULPA.**

La paciente **TAMARA XIMENA ATUESTA TORRES** en lo que respecta a **GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ Y LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ-HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A.** y su equipo médico fue tratada conforme a los hallazgos advertidos, de conformidad con los signos y síntomas que presentó del día de su atención medica en esta institución, tal como se consignó en la correspondiente historia clínica.

A los médicos les correspondió atenderla cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular les exigía, siéndoles propio el de abstenerse de prometer un resultado, en razón, precisamente, de las características propias de dicha disciplina y en atención al reconocimiento de los factores de riesgo que conlleva todo tratamiento médico, que pueden ser endógenos o biológicos, propios de individuo y exógenos o del medio ambiente.

Es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento. Igual razonamiento se puede predicar de las instituciones prestadoras de salud en las cuales prestan sus servicios los médicos

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio[1], lo mismo se deriva de la ley 1438 del 19 de enero 2011, que en su artículo 104, modificatorio del artículo 26 de la ley 1164 de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones de los médicos al servicio de **GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ Y LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ- HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A.** son obligaciones de medio y no de resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación de unos y otra, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

Tenemos que en este caso existía un embarazo de alto riesgo no solo para la gestante si no también para el feto de tal manera que se atendió de manera integral a la gestante, cuenta de esto lo da las de 16 atenciones y citas programadas a la paciente a fin de monitorizar su estado de salud

Por otro lado, su observa que la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA, quien realizo una investigación por los hechos objeto de esta demanda mediante resolución 1226 encontró méritos para sancionar al Hospital de San José S.A, tal decisión fue recurrida mediante recurso interpuesto por el Hospital, de tal manera que mediante Resolución 2214 de 23 de octubre de 2017 se absolvió al HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A, revocando la resolución 1226, pues encontró la atención dada ajustada a la Lex Artis., ahora bien la actora basada de en la primera resolución (pues se le olvido por completo la revocatoria de la misma), indica que existió una pérdida de la oportunidad basada en una inatención o falta de la misma de 54 minutos que en su entender fueron determinantes para la sobrevivencia o no del feto, situación que no correspondió con la realidad pues como se comentó la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA en la resolución de revocatoria encontró que los médicos y personal del HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A, cumplió con los protocolos de atención a la gestante y su feto.

Por lo anterior solicito señor Juez encontrar probada esta excepción.

B. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

Tenemos pues que, frente a este elemento *sine qua non* para que se pueda predicar responsabilidad a **GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉY LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ- HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A.** por los hechos narrados en la demanda, debe señalarse que éste **NO** se halla acreditado, pues como en principio no existe prueba directa o indirecta de la falencia de estas clínicas sea por acción u omisión, no menos, se puede predicar del nexo de causalidad, se reitera que la atención recibida en estas instituciones., fue expedita y se trató hasta donde los medios de estas instituciones médicas le permitieron.

---

[1] *CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez*

Para el caso concreto se tiene que la conducta de **GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ Y LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ- HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A.** no tuvo injerencia en el daño sufrido por la gestante ni por la muerte de su feto, por lo tanto, existe una inhibición para poder calificarla en modo alguno de imprudente, imperita o negligente, es decir que no hay culpa.

La excepción propuesta también se fundamenta en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 cuyo contenido es el siguiente:

> "Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico."

Luego, no es dable poder configurar una relación de causalidad entre ese daño y la conducta ajustada a la ley. A este respecto, resulta pertinente señalar que, de cualquier manera, ese eventual nexo causal se rompe por un factor muy relevante. Y ello nace relación que existió demora en la práctica de una cirugía que **GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ Y LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ- HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A.**, luego la actora indica que existió una pérdida de la oportunidad basada en una inatención o retraso de atención de 54 minutos, pero tal situación dista de la realidad pues la gestante siempre de estuvo bajo constante vigilancia en atención al alto riesgo de su embarazo y el riesgo fetal, en razón de sus enfermedades bases preexistentes, que ocasionaron un abruptio de placenta "desprendimiento prematuro de placenta", la posterior muerte del feto, luego se constituyó un evidente caso fortuito, con vocación para desintegrar el vínculo causal que virtualmente se intentó construir.

En conclusión, NO está demostrado que el daño hubiere sido a consecuencia de un error de tratamiento o diagnóstico, o de una atención medica omisiva, por lo tanto, solicito señor juez de manera respetuosa encuentre probada esta excepción.

C. CASO FORTUITO

En el caso en estudio la relación de causalidad entre la conducta médica y el resultado de la salud del paciente se ve interrumpida por la configuración del caso fortuito, circunstancia esta que se define, como aquella que no ha podido preverse, o que siendo prevista no haya podido evitarse, lo cual significa que escapa al poder o capacidad humana lo que constituye la inevitabilidad.

En efecto se tiene dicho que no debe perderse de vista que también la ciencia médica tiene sus limitaciones y que en el tratamiento clínico o quirúrgico de las enfermedades existe siempre un alea que escapa al cálculo riguroso o a las previsiones más prudentes y por ende obliga a restringir el campo de la responsabilidad. Consecuentemente, la falta de éxito, el agravamiento del estado del paciente, la aparición de complicaciones o

preexistencias de tipo congénito en la medida que no obedecen a la gestión culposa del propio galeno, y que en cambio son atribuibles a las limitaciones propias de la ciencia médica frente a la etiología y solución anticipada, constituye contingencias puramente aleatorias del curso de la patología o enfermedad, que le son absolutamente irreprochables frente al actuar médico, pues cuando como consecuencia del propio estado de salud del paciente o de sus especiales reacciones orgánicas, se produjeran indeseadas derivaciones, no será responsable al médico tratante en la medida que concurra en la especie las imprescindibles notas de imprevisibilidad o inevitabilidad que caracteriza todo caso.

Como en el caso en estudio la presencia de complicaciones derivadas del sobre peso lo cual convierte el embarazo de alto riesgo, además según lo consignado en la historia clínica se tiende que en monitoreo fetal el feto no presentaba fetocardia, y en razón de ello y después de la gestante dar su consentimiento informado se procedió a la realización de la cesárea, luego ello era lo más recomendado de acuerdo con los cánones que indican los protocolos médicos, por lo que se actuó conforme con el método y la discrecionalidad científicos de que debe ir revestida la toma de decisiones que en cada instante puede adoptar el profesional de la medicina, en la evolución de un paciente y de acuerdo con el estado de la ciencia.

Se concluye entonces que no existe causalidad entre la patología y la atención médica brindada, máxime que la conducta profesional procuraba brindar mejores medios disponibles para ofrecer una mayor posibilidad de beneficio para la salud de la paciente.

Por lo que debemos entonces orientar nuestra atención a identificar que dichos factores de atribución corresponden a la patología de base que presentaba la paciente.

D. LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ES POR CULPA PROBADA

La responsabilidad civil es una de las fuentes de las obligaciones y básicamente consiste en la obligación que surge para un sujeto de derecho de indemnizar el daño que ha causado, de manera directa o indirecta, a otro sujeto de derecho que lo sufre. Esa indemnización puede ser determinada en dinero o in natura.

Generalmente, la responsabilidad civil se ha clasificado en dos grandes áreas, dependiendo si la obligación indemnizatoria surge de un acto jurídico o de un hecho jurídico. Es decir, si ha mediado o no la existencia de un contrato. Por ello, en la legislación colombiana es posible establecer la clasificación en responsabilidad civil contractual (arts. 1602 y s.s. del Código Civil) o en responsabilidad civil extracontractual (responsabilidad común por los delitos y las culpas, arts. 2341 y s.s. del Código Civil)

En tal virtud, la jurisprudencia y la doctrina han puntualizado que la responsabilidad médica es por culpa probada, vale decir, que el demandante tiene la carga de la prueba de demostrar no solo el daño, sino también la conducta culpable del profesional de la salud, o de la EPS o de la IPS, al igual que el nexo causal de aquél con ésta. Y los

demandados, tienen la carga de probar los hechos exceptivos que en su defensa pretendan acreditar.

E. EXCESIVA TASACION DE DAÑOS INMATERIALES

Frente a la solicitud de la actora de indemnizar por daños morales en sumas que exceden la que por vía jurisprudencial se ha venido tasando resulta, por tal motivo solicito se de aplicación a jurisprudencia de unificación sobre estos casos:

> *"...En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así: Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV. Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio. Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio. Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio. Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio. (...) Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva. (...) En casos excepcionales, como los de graves violaciones a los derechos humanos, entre otros, podrá otorgarse una indemnización mayor de la señalada en todos los eventos anteriores, cuando existan circunstancias debidamente probadas de una mayor intensidad y gravedad del daño moral, sin que en tales casos el monto total de la indemnización pueda superar el triple de los montos indemnizatorios antes señalados. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño...*[2]"

Como se observa el reconocimiento de estos daños solo es posible si existe un daño físico, moral cuantificable, que para el caso concreto no es posible indicar, pues el apoderado del actor si bien realiza una lista de los daños presuntos daños y el valor de estos, se aleja de probarlos y más aun de indicar en que consistieron para el saso de su representado. Reitero que no se indica si existe una pérdida de capacidad laboral, luego lo solicitado es abiertamente arbitrario y antitécnico.

Por lo anterior señor juez muy respetuosamente solicito encontrar probada esta

---

[2] *Consejo de Estado Sala de Lo Contencioso Administrativo Sección Tercera documento final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014 referentes para la reparación de perjuicios inmateriales.*

excepción.

F. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito reconocer oficiosamente cualquier otra excepción cuyos hechos resulten demostrados dentro del proceso o en cualquier otra circunstancia, en virtud de las cuales la ley considere que la obligación no existe para mi representada o que sea declarada extinguida.

G. COADYUVANCIA

De acuerdo con el Auto del Consejo de Estado Sección Tercera, 11001333103120110012101 (55357), junio 22/16, nos permitimos Coadyuvar a **GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉY LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ-HOSPITAL DE SAN JOSÉ S.A.**, en lo relacionado con las excepciones, pruebas y oposición a los hechos y pretensiones presentadas por esta en su contestación a la demanda.

II. CONTESTACION AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA PROPUESTO POR GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ.

EN CUANTO A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA QUE HICIERA GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ.

AL HECHO PRIMERO
Es cierto, según lo describe el llamante en garantía. y en particular a que la póliza No. 12/37731 se pactó bajo la modalidad Claims Made o por reclamación "La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997".

AL HECHO SEGUNDO
No le consta a Chubb Colombia Seguros S.A., por lo cual nos atenemos a lo probado en el presente proceso

Es cierto, existió un contrato de seguros identificado con la póliza 12/40854 con la cobertura indicada en el presente hecho, sin embargo, dicho amparo está supeditado a las condiciones mismas del contrato de seguros y las condiciones de la póliza contratada, y se debe recordar que la póliza opera bajo la modalidad de Claims Made o reclamación, de tal modo que solo se responderá por los reclamos presentadas por primera vez durante la vigencia de la póliza.

AL HECHO TERCERO
Es cierto, según lo describe el llamante en garantía.

AL HECHO CUARTO
Es cierto de forma parcial, toda vez que, la póliza 12/37731 posee una fecha de retroactividad desde el 25 de enero de 2010, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad.
Mas sin embargo se reitera lo dicho en la contestación del primer hecho en cuanto la póliza No. 12/37731 se pactó bajo la modalidad Claims Made o por reclamación, significa esto que la RECLAMACION debió suceder dentro del vigencia de la póliza, cosa muy distinta al acto médico.
La póliza en su cobertura básica:

> "Cobertura Básica Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas.
>
> Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.
>
> La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.
>
> Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

CON RELACION A LAS PRETENSIONES DEL LLAMADO EN GARANTIA DE GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ

Frente a las pretensiones elevadas por el llamante en garantía nos oponernos como quiera que mi representada CHUBB COLOMBIA SEGUROS solo responderá en los términos del contrato de seguros de la póliza No. 12/37731, para lo cual es importante aclarar que las aseguradoras como mi representada asume los riesgos que el asegurado le traslada, cuando hablamos de riesgo nos remitimos a lo establecido por el artículo 1054 del C. de Co.: Código de Comercio, que a la letra indica:

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

Pues bien, como la realización del riesgo da origen a la obligación condicional del asegurador, es preciso resaltar que las Aseguradoras **NO ASUMEN** todos los riesgos, así lo expresa el artículo 1056 del C. de Co, cuando establece:

*"Artículo 1056. Asunción de riesgos: Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, **asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados**, el patrimonio o la persona del asegurado.". (Negrilla y subrayado fuera de texto).*

Si bien es cierto LA GINECOBSTETRAS HOSPITAL SAN JOSÉ, contrato con Chubb Seguros Colombia la póliza No. 12/40854, esta opera bajo la modalidad Claims Made, o por reclamación, luego se deberá dar observancia a este tipo de forma en que se contrató dicha póliza.

Por lo tanto, se debe hacer un análisis del riesgo amparado por la póliza y el alcance del mismo y solo en ese escenario responderá mi representada, hasta el límite del valor asegurado, menos el deducible pactado siempre y cuando el hecho se de en vigencia de la póliza y el mismo no se encuentre excluido según el condicionado de la póliza misma.

EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA DENTRO LOS LIMITES DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA 12/37731.

La responsabilidad de la aseguradora es limitada al contrato de seguros póliza 12/37731, en concordancia a lo estipulado en el artículo 1079 del C. de Co.,

ARTÍCULO 1079. <RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA>. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.".

De acuerdo a lo anterior y en base a las condiciones mismas de las pólizas de cumplimiento los amparos cubiertos por las mismas están limitados a un periodo de vigencia, unos amparos descritos y un contrato amparado, es decir que solo podría afectar la póliza cuando converjan estas tres condiciones, que los contratos del accionante principal se hubieren dado

con lugar a los contratos amparados por las pólizas, dentro del periodo de vigencia de la póliza y de acuerdo a los ampararos de la póliza.

B. LIMITE DEL VALOR ASEGURADO Y DEDUCIBLE PACTADO DE LA PÓLIZA 12/37731

No obstante, lo anterior, y ante un fallo condenatorio hago consistir esta excepción en el hecho que la CHUBB Colombia Seguros S.A. responderá dentro de los términos cuantitativos y económicos derivados de la vigencia del contrato de seguros, y en virtud de tal contrato la aseguradora no está obligada a pagar más allá del valor asegurado, descontando de dicho valor el deducible pactado contractualmente, y dentro del sub limite por evento.

La responsabilidad de la Compañía en ningún caso y por ningún motivo podrá exceder, los límites y sublímites indicados en la póliza 12/40854, aunque durante la vigencia de la póliza se presenten dos o más acontecimientos constitutivos de siniestro.

*La póliza Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 12/37731 posee un valor asegurado de $800.000.000.oo., deducible de 10% mínimo $5.000.000.oo., de todos y cada uno de los reclamos

*Ver póliza anexa.

C. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA 12/37731

Le solicito señor juez, en el eventual caso que se profiriera fallo en contra de mi representada, y como tal se ordene el reembolso de dineros sea tenido en cuenta la Disponibilidad del Valor Asegurado, esto ya que en la medida que se vayan cancelando siniestros en afectación de la póliza con la cual nos vinculan al proceso el valor asegurado contratado se va disminuyendo, produciendo su agotamiento.

Esto ocurre porque las sumas aseguradas no son fijas, estas en la medida que se afecten y paguen los siniestros van agotándose paulatinamente. Por lo tanto, le reitero mi solicitud de indicar en el eventual fallo condenatorio que la suma a indemnizar por parte de la aseguradora se ceñirá a lo pactado contractualmente y a la disponibilidad de valor asegurado.

D. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito reconocer oficiosamente cualquier otra excepción cuyos hechos resulten demostrados dentro del proceso o en cualquier otra circunstancia, en virtud de las cuales la ley considere que la obligación no existe para mi representada o que sea declarada extinguida

PRUEBAS

- Póliza No. 12/37731, con clausulado general y particular.
- Coadyuvamos las pruebas solicitadas por las entidades demandadas en la presente litis

NOTIFICACIONES.

A la demandada **Chubb Seguros de Colombia S.A.** en Santa Fe de Bogotá, en la carrera 7 No 71-21 Torre B piso 7.

Al Apoderado de la demandada en santa fe de Bogotá, en la calle 70 A No. 17-22 Correo electrónico ricardo.galeano@galeanosas.com y abogazo@hotmail.com. Lo anterior de acuerdo con el Artículo 103 del C.G.P.

Uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones. En todas las actuaciones judiciales deberá procurarse el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la gestión y trámite de los procesos judiciales, con el fin de facilitar y agilizar el acceso a la justicia, así como ampliar su cobertura.

Las actuaciones judiciales se podrán realizar a través de mensajes de datos. La autoridad judicial deberá contar con mecanismos que permitan generar, archivar y comunicar mensajes de datos.

En cuanto sean compatibles con las disposiciones de este código se aplicará lo dispuesto en la Ley 527 de 1999, las que lo sustituyan o modifiquen, y sus reglamentos.

Ruego Respetuosamente al Señor Juez Veintisiete Civil del Circuito de Bogotá reconocer personería para actuar en nombre y representación de **CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.**

Del Señor Juez,

Con mis mayores consideraciones,

GERMAN RICARDO GALEANO SOTOMAYOR
C.C. 79.396.043 de Bogotá D.C.
T.P. 70.494 del C.S.J.

Contestación Demanda proceso 11001310302720190005500 Demandante: Tamara Ximena Atuesta Torrez -Demandado: Sociedad de Cirugía de Bogotá- Hospital de San José

Ricardo Galeano <ricardo.galeano@galeanosas.com>

Mar 24/03/2020 4:39 PM

Para: Juzgado 27 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto27bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

2 archivos adjuntos (918 KB)

6. contestacion demanda 2019-00055.pdf; 5. POLIZA 37731.pdf;

Honorable
JUEZ 27 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
E. S. D.
Referencia: Verbal Declarativo
Demandante: Tamara Ximena Atuesta Torrez
Demandado: Sociedad de Cirugía de Bogotá- Hospital de San José.
Expediente: 11001310302720190005500
Llamado en garantía: Chubb Seguros Colombia S.A.

GERMAN RICARDO GALEANO SOTOMAYOR, mayor de edad. Vecino y Residente de la ciudad de Bogotá D.C., identificado con C.C. 79.396.043 de Bogotá D.C. y T.P. 70.494 del C.S.J., asumiendo poder como apoderado de **CHUBB DE COLOMBIA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con domicilio principal en el Distrito Capital de Bogotá, según certificado de la Superintendencia Financiera de Colombia, por medio del presente escrito, presento la contestación de la demanda de responsabilidad civil médica y contestación al llamamiento en garantía que le hiciera a mi poderdante.

NOTIFICACIONES.
A la demandada Chubb Seguros de Colombia S.A. en Santa Fe de Bogotá, en la carrera 7 No 71-21 Torre B piso 7. Al Apoderado de la demandada en santa fe de Bogotá, en la calle 70 A No. 17-22 Correo electrónico ricardo.galeano@galeanosas.com y abogazo@hotmail.com. Lo anterior de acuerdo con el Artículo 103 del C.G.P.

Uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones. En todas las actuaciones judiciales deberá procurarse el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la gestión y trámite de los procesos judiciales, con el fin de facilitar y agilizar el acceso a la justicia, así como ampliar su cobertura.
Las actuaciones judiciales se podrán realizar a través de mensajes de datos. La autoridad judicial deberá contar con mecanismos que permitan generar, archivar y comunicar mensajes de datos.
En cuanto sean compatibles con las disposiciones de este código se aplicará lo dispuesto en la Ley 527 de 1999, las que lo sustituyan o modifiquen, y sus reglamentos.

Del Señor Juez,
Con mis mayores consideraciones,

GERMAN RICARDO GALEANO SOTOMAYOR
C.C. 79.396.043 de Bogotá D.C.
T.P. 70.494 del C.S.J.

ccto27bt@cendoj.ramajudicial.gov.co