

**CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA Y DEMANDA PREVISORA S.A.
COMPAÑÍA DE SEGUROS- PROCESO VERBAL Nro. 2021-00144 de BLANCA ANEL ORTIZ
PERDOMO Y OTROS CONTRA COSMITET LTDA**

Diana Sanclemente <dsancle@emcali.net.co>

Vie 20/05/2022 11:39 AM

Para: Juzgado 11 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j11ccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: illera85@hotmail.com <illera85@hotmail.com>; blancaanael@hotmail.com

<blancaanael@hotmail.com>; Notificaciones Judiciales COSMITET LTDA.

<notificaciones_judiciales@cosmitet.net>

DOCTOR

NELSON OSORIO GUAMANGA

JUZGADO 11 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI - VALLE

E. S. D.

REFERENCIA:	PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
RADICACION:	76001-31-03-011-2021-00144-00
DEMANDANTE:	BLANCA ANAEL ORTIZ PERDOMO Y OTROS
DEMANDADA:	CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA -
COSMITET LTDA-	

DIANA SANCLEMENTE TORRES, mayor de edad, domiciliada y residente en Cali, identificada con la c.c. nro. 38.864.811 de buga valle y la T.P. No. 44.379 del C.S. de la J., en mi calidad de apoderada judicial de la llamada en garantía **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, respetuosamente, me dirijo a Usted, para **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por **COSMITET LTDA**, y **LA DEMANDA** impetrada por la señora **BLANCA ANAEL ORTIZ PERDOMO Y OTROS** contra **CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA -COSMITET LTDA-**, dentro del término procesal oportuno.

Conforme lo establece el Decreto 806 de junio de 2020, y el artículo 78 numeral 14 del C.G. del P, adjunto en formato PDF y copio a las demás partes del proceso:

1. Poder otorgado por el Representante Legal de la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.
2. Certificado de Existencia y representación legal de la Previsora S.A. Compañía de Seguros.
3. Contestación al llamamiento en garantía y a la Demanda.
4. Condicionado general del seguro POLIZA DE SEGUROS proforma RCP-006-5 que forma parte integrante de la póliza de seguros de número 1058034 de R.C. PROFESIONALES MEDICOS.
5. Certificación de LA PREVISORA SA sobre inexistencia de cobertura de periodo extendido de fecha 19 de mayo de 2022.

Solicito al Honorable Despacho, confirmar el recibo del presente correo, y tener por contestada la demanda y el llamamiento en garantía por la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Atentamente,



DOCTOR

NELSON OSORIO GUAMANGA

JUEZ 11 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI VALLE

E.

S.

D.

RADICACION NRO: 76001-31-03-011-2021-00144-00

**REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD
CIVIL EXTRA CONTRACTUAL**

DEMANDANTE: BLANCA ANAEL ORTIZ PERDOMO Y OTROS

**DEMANDADOS: CORPORACION SERVICIOS MEDICOS
INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA -
COSMITET LTDA-**

DIANA SANCLEMENTE TORRES, ciudadana mayor de edad, domiciliada y residente en Cali, abogada titulada en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 44.379 del C.S. de la J, y la cédula de ciudadanía No. 38.864.811 de Buga (valle), en mi calidad de apoderada judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** representada legalmente por la Doctor **JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con la cédula de ciudadanía nro.1.104.214.701 de Bogotá D.C, de acuerdo a certificado de existencia y representación legal de la Superintendencia Financiera de Colombia, en calidad de llamado en garantía, en el presente proceso, conforme al poder a mi otorgado, el cual se anexa a la presente contestación, respetuosamente, me dirijo a Usted, para **CONTESTAR LA DEMANDA promovida por la señora BLANCA ANAEL ORTIZ PERDOMO Y OTROS y al llamamiento en garantía formulado por CORPORACION SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA-COSMITET LTDA:**

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO SEGUNDO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE

AL HECHO TERCERO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO CUARTO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO QUINTO: ES CIERTO, de acuerdo a HISTORIA CLINICA.

La paciente tenía diagnóstico de obesidad mórbida, antecedente quirúrgico de sleeve gástrico, abdominoplastia y mamoplastia.

AL HECHO SEXTO: ES CIERTO

De acuerdo a prueba documental obrante en el proceso, a la paciente le fueron informados los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico de BYPASS GASTRICO, los cuales estaban previstos en el consentimiento informado del procedimiento quirúrgico. A la paciente también se le informaron los riesgos de la anestesia y se le hizo firmar el consentimiento para procedimiento anestésico.

En el formato de consentimiento informado para procedimiento médico quirúrgico de COSMITET LTDA, la paciente BLANCA ANAEL ORTIZ PERDOMO, declaro comprender la naturaleza de su enfermedad, que se le ha explicado de forma clara y sencilla acerca de su enfermedad, las diferentes alternativas de manejo, tratamiento o procedimiento médico quirúrgico de acuerdo con condición mental salud actual, se le ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento que se realizara que es convertir el sleeve gástrico a bypass gástrico.

Igualmente manifestó que de manera clara se le ha explicado y ha entendido sobre los beneficios y también sobre los riesgos inherentes al procedimiento los cuales pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, y/o en el post operatorio mediano o tardío, y que consiste en:

Infección, sangrado o fistulas.

Las infecciones eran un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico que no entra en la esfera de una responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico.

AL HECHO SEPTIMO: ES CIERTO

De acuerdo con la historia clínica aportada como prueba documental, la paciente ingresa el día 6 de junio de 2018 al servicio de cirugía de la CLINICA REY DAVID para la realización de procedimiento quirúrgico de BYPASS GASTRICO, por diagnóstico de obesidad mórbida.

AL HECHO OCTAVO: ES PARCIALMENTE CIERTO.

De acuerdo a la evolución médica postquirúrgica, la paciente tuvo una buena evolución clínica, encontrándose pendiente, que la paciente realizara diuresis espontánea, se deja hospitalizada la paciente con vigilancia y órdenes del médico tratante.

AL HECHO NOVENO: NO ES CIERTO

La decisión de hospitalizar a la paciente, fue un acto de DILIGENCIA Y CUIDADO MEDICO, hubiera sido irresponsable egresar a la paciente, el mismo día del procedimiento quirúrgico.

AL HECHO DECIMO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO DECIMO PRIMERO: ME ATENGO A LO QUE OBRE EN LA HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: ES PARCIALMENTE CIERTO.

De acuerdo con la historia clínica de la paciente, esta ingresa por el servicio de urgencias por post quirúrgico de bypass gástrico con los siguientes síntomas:

- ° Dolor abdominal en flanco izquierdo
- ° Malestar general
- ° Alzas térmicas

El diagnóstico fue el siguiente:

- ° Leucocitosis más neutrofilia
- ° Se valoró por cirugía general quien ordena estudios y antibiótico
- ° Se ordena ECO, paraclínicos
- ° Se inicia AB

AL HECHO DECIMO TERCERO: ES CIERTO

De acuerdo con la historia clínica de la paciente, se sospechó COLECCIÓN INTRAABDOMINAL y se ordenó la hospitalización de la paciente.

Se observó colección extrahepática.

Para el día 20 de junio de 2018, se observó que la paciente tenía curva térmica afebril, sin respuesta inflamatoria, sin taquicardia, sin alarma quirúrgica.

AL HECHO DECIMO CUARTO: ES PARCIALMENTE CIERTO

Dada la colección intra abdominal, que presentaba la paciente, se inició terapia antibiótica.

AL HECHO DECIMO QUINTO: ES CIERTO

Conforme al cuadro clínico de la paciente, se ordenó terapia antibiótica.

AL HECHO DECIMO SEXTO: ES PARCIALMENTE CIERTO.

La paciente fue valorada por infectología, una vez salieron los resultados de los cultivos fue positivo para CANDIDA LUSITANIAE y HONGOS se inició manejo con FLUCONAZOL, igualmente se inició tratamiento con vitamina b12, ácido fólico, ferritina, hierro.

Debe tenerse en cuenta que la paciente, tenía antecedente de Bypass gástrico, absceso intraabdominal, cultivo positivo para candida lusitaniae, una vez tuvo valoración multidisciplinaria, terapia antibiótica y antimicótica, la tendencia fue hacia la mejoría según se reporta en la historia clínica.

A la paciente se le drenó la colección intrabdominal, se dio cobertura antibiótica con PIPERACILINA TAZOBACTAN CON FLUCOMAZOL EU

De acuerdo con las notas clínicas la paciente tuvo evolución a la mejoría con antibióticos y antimicóticos. Por infectología se recomendó el FLUCONZOL EV por 14 días.

Posteriormente, otro cultivo arrojó como resultado el enterococo faecalis, se cambió el esquema antibiótico por TIGECICLINA, la paciente se encontró posteriormente en mejores condiciones generales.

Posteriormente suspendieron la TIGECICLINA y reiniciaron nuevamente con VANCOMICINA TAZOBACTAR.

Tuvo una evolución adecuada, se definió el tiempo de manejo antibiótico y se ordenó posteriormente la salida de hospitalización de la paciente.

AL HECHO DECIMO SEPTIMO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

De acuerdo con la jurisprudencia y doctrina nacional, quien alega haber sufrido infecciones nosocomiales, debe acreditar que la infección que afectó a la paciente fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico.

La parte actora, debe acreditar los actos de inejecución de la entidad hospitalaria demandada, a fin de que esta pueda contrarrestar los ataques, que le dirige la parte actora.

De acuerdo con los marcos de los protocolos aportados por la entidad demandada, se aplicaron las normas de seguridad y técnicas, para minimizar los riesgos de las infecciones asociadas a la atención en salud de la paciente.

Estos protocolos contienen la implementación de medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base de un control estricto de normas técnicas, métodos de limpieza, esterilización, procedimientos de seguridad, desinfección, control de visitas, con el fin de aminorar el riesgo para los pacientes.

Debe tenerse en cuenta que el riesgo de infección que tenía la paciente, era inherente al procedimiento quirúrgico y así se dio a conocer a la paciente. Las complicaciones que presentó la paciente de colección intraabdominal, infecciones, anemia, son el producto colateral del procedimiento quirúrgico. La conducta de la entidad hospitalaria siempre estuvo ajustada a los deberes profesionales de diligencia y cuidado con la paciente.

AL HECHO DECIMO OCTAVO: NO ES UN HECHO, hace referencia a un texto de definición de una infección nosocomial.

AL HECHO DECIMO NOVENO: NO ES CIERTO.

De acuerdo con la historia clínica de la paciente, esta ingresa por el servicio de urgencias por post quirúrgico de bypass gástrico con los siguientes síntomas:

- ° Dolor abdominal en flanco izquierdo
- ° Malestar general
- ° Alzas térmicas

No es cierto, que la paciente Re consultara por la presencia en su cuerpo de microorganismos de *candida lusitaniae*, *candida albicans* y *enterococcus faecalis* y que estos tuvieran resistencia a los antibióticos y fueran adquiridos intra hospitalariamente.

Debe tenerse en cuenta, que estos microorganismos no son del resorte exclusivo de las entidades hospitalarias o nosocomios, igualmente, estos gérmenes fueron detectados en el post quirúrgico cuando la paciente re ingresa, después de haber estado por fuera de la entidad hospitalaria. Los gérmenes fueron detectados a través de cultivos que se hicieron en la entidad hospitalaria y se les dio tratamiento antibiótico y antimicótico.

AL HECHO VIGESIMO: NO ES UN HECHO, ES UNA APRECIACION SUBJETIVA. La parte actora omite la prueba de la infección nosocomial.

AL HECHO VIGESIMO PRIMERO: NO ES UN HECHO, ES UNA CONSIDERACION SUBJETIVA respecto al concepto de infección nosocomial.

AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO.

De la historia clínica de la paciente en COSMITET LTDA, se infiere que la paciente tuvo una atención médica oportuna, pertinente y diligente. Durante el procedimiento quirúrgico y post quirúrgico.

Las complicaciones posteriores al egreso de la paciente, fueron atendidas de manera oportuna con los tratamientos médicos indicados y conforme a la lex artis.

No existe fundamento probatorio alguno, que indique que hubo una culpa médica, una falla en la prestación del servicio médico a cargo de la entidad demandada.

AL HECHO VIGESIMO TERCERO: NO ES CIERTO, es una mera afirmación, carente de soporte probatorio.

AL HECHO VIGESIMO CUARTO: NO ES CIERTO.

Tal y como obra en la historia clínica, la paciente ingreso a la institución hospitalaria, el día 6 de junio de 2018 egresando el día 11 de junio de 2018.

Posteriormente reingresa el día 18 de junio de 2018, es decir, estuvo 8 días, por fuera de la institución hospitalaria.

La parte actora de forma maliciosa, omite este hecho, por lo tanto, no es cierto que solo estuvo expuesta al riesgo en el entorno hospitalario de COSMITET LTDA.

No se sabe, que pasó con la paciente los (8) días que estuvo en su post-quirúrgico en casa y que cuidados tuvo la misma con las recomendaciones dadas.

AL HECHO VIGESIMO QUINTO: NO ES UN HECHO, HACE REFERENCIA A UN PERJUICIO.**AL HECHO VIGESIMO SEXTO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.****AL HECHO VIGESIMO SEPTIMO: ES CIERTO.**

La paciente reingreso a la institución hospitalaria, se le dio atención por parte de COSMITET LTDA de forma oportuna, diligente y pertinente, por un grupo médico interdisciplinario, se le trataron todas las complicaciones que presentó la paciente conforme a los tratamientos médicos y lex artis.

El proceso infeccioso fue tratado con tratamiento antibiótico y fue superado de acuerdo a historia clínica.

AL HECHO VIGESIMO OCTAVO: NO ME CONSTA ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO VIGESIMO NOVENO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO TRIGESIMO: NO ME CONSTA ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO TRIGESIMO PRIMERO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO TRIGESIMO SEGUNDO: NO ME CONSTA, ME ATENGO A LO QUE SE PRUEBE.

AL HECHO TRIGESIMO TERCERO: NO ES CIERTO, ningún paciente estando hospitalizado puede realizar actividades deportivas, baile o ir a paseo.

AL HECHO TRIGESIMO CUARTO: NO ES UN HECHO, es una consideración de carácter subjetivo.

AL HECHO TRIGESIMO QUINTO: ES CIERTO, de acuerdo a prueba documental

AL HECHO TRIGESIMO SEXTO: ES CIERTO. De acuerdo a prueba documental.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA
--

Me opongo a que se declaren favorablemente las pretensiones de la demanda, respecto de COSMITET LTDA toda vez que no se configuran los elementos esenciales de la RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.

Para que la responsabilidad civil médica, se configure debe existir una relación causal adecuada, entre la actuación de la institución médica demandada y su equipo médico y el daño sufrido por el paciente.

La Doctrina y jurisprudencia reconocen que, para que se deba responder por un daño, es necesario que el mismo sea causado por su autor mediante una acción u omisión, siendo entonces, la relación causal un presupuesto necesario para la reparación del daño.

El ligamen causal, es el elemento que vincula el daño directamente con el hecho e indirectamente con el factor de imputabilidad o atribución objetiva del daño, constituye un factor aglutinante que hace que el daño y la culpa, o en su caso, el riesgo, se integren en la unidad del acto, que es fuente de la obligación a indemnizar. Es un elemento, porque alude a un vínculo externo entre el daño y el hecho de la persona.

Cuando la ejecución de las acciones médicas se ajustan a las reglas del arte médico, no hay responsabilidad médica en caso de un efecto adverso, La lex artis, se refiere a la ejecución propiamente dicha, la expresión latina es la ley del artesano, y el concepto sirve como parámetro para determinar si el acto médico realizado se ajusta o no a lo que debe hacerse.

La responsabilidad derivada de un acto médico, comprende el acto médico propiamente dicho, que hace referencia a la intervención del profesional médico que en sus distintas etapas y actuaciones anteriores, concomitantes y posteriores a la intervención del profesional médico. La responsabilidad civil médica puede definirse como la obligación que tienen los profesionales de la salud, de reparar económicamente a sus pacientes por los daños injustamente cometidos durante el ejercicio de su actividad profesional.

Como lo ha establecido la doctrina, la obligación del médico, consiste en poner al servicio del enfermo, el caudal de conocimientos científicos que el título acredita y prestarle asistencia profesional que su estado requiere.

La naturaleza jurídica de la obligación del médico no es la de obtener, en todo caso, la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado) sino una (obligación de medios), es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle todos los cuidados que requiera según el estado actual de la ciencia médica, por ello, su responsabilidad ha de basarse en una culpa incontestable, es decir, patente, que revela un desconocimiento cierto de sus deberes, sin que pueda exigirse al médico el vencer dificultades que puedan ser equiparadas a la imposibilidad, pidiendo sacrificios desproporcionados.

La obligación del médico es una actividad diligente y acomodada a la *lex artis*, pues se trata de una obligación de medios. Es por ello, que, en los procesos de responsabilidad médica, deberá probarse que el médico actuó de forma negligente, imprudente e imperita o que incumplió los deberes de su cargo.

La Doctrina igualmente ha establecido que, en la actividad médica, existen los “riesgos” es decir la posibilidad que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad, o en el curso de un tratamiento. El riesgo operatorio implícito en la intervención, se valora teniendo en cuenta, tanto en el pronóstico de la enfermedad como el grado de urgencia con que hubo de realizarse la operación.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de justicia ha reconocido que en el desarrollo de la labor médica existen riesgos:

“El ejercicio de la medicina comprende por su propia naturaleza un riesgo, en cualquiera de las fases en que intervenga un galeno, unas de manera más evidente que otras, es latente un resultado adverso que, incluso, puede desbordar la capacidad de reacción o control del profesional, ajeno al mismo a negligencia o culpa.

El riesgo puede estimarse como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médicos quirúrgicos que, por su etiología resultan imprevisibles e inevitables.”

Jurisprudencialmente se ha establecido, que para que pueda declararse la responsabilidad médica por las denominadas “infecciones nosocomiales, quien alega haber sufrido el perjuicio, deberá acreditar que la infección que afectó a la

paciente, fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que, en tal evento, resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente.

Deberá la parte que alega la falla, demostrar que hubo una técnica deficiente, un procedimiento innecesario, una complicación no inherente al acto médico.

Frente al riesgo quirúrgico, ha establecido la doctrina, que se entiende por “riesgo” a la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad o en el curso de un tratamiento.

Cuando se alude al riesgo quirúrgico se refiere al accidente operatorio no imputable al cirujano y que obedece a la presencia de factores ajenos al acto quirúrgico, ejerciendo una influencia negativa sobre su resultado.

Dentro del consentimiento informado del procedimiento quirúrgico practicado a la paciente, se le explico a la paciente como riesgo inherente al procedimiento el de INFECCION.

Estos riesgos aparecen explicados, entendidos, aceptados y firmados por la paciente y obran como prueba documental en el proceso.

EXCEPCIONES QUE SE PROPONEN FRENTE A LA DEMANDA
--

1. AUSENCIA DE PRUEBA TECNICO CIENTIFICA QUE INDIQUE QUE LA INFECCION NOSOCOMIAL DE LA PACIENTE FUE CONTRAIDA EN LA CLINICA REY DAVID- COSMITET LTDA

Se ha definido la INFECCION NOSOCOMIAL como una infección contraída en el Hospital por un paciente internado por una razón distinta a esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital en que la infección no se había manifestado, ni estaba en periodo de incubación en el momento del internamiento. Comprende las infecciones contraídas en la institución hospitalaria.

En el presente proceso no existe prueba objetiva, técnica o científica que indique que las infecciones contraídas por la paciente, fueron al interior de la institución médica demandada, donde se practicó el procedimiento quirúrgico de bypass gástrico.

Debe tenerse en cuenta que el re-ingreso de la paciente después del post quirúrgico, se presentó ocho días después de practicado el procedimiento quirúrgico y las alzas térmicas se presentaron cuando la paciente se encontraba en su domicilio en periodo de recuperación de su cirugía.

Los procedimientos quirúrgicos pueden comportar efectos adversos, de los cuales 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.

Las infecciones corresponden a eventos inherentes a todo procedimiento quirúrgico, aun con el empleo de las más rigurosas técnicas asépticas, existe algún grado de contaminación de la herida quirúrgica, la cual puede ocurrir antes de la cirugía, durante la cirugía o en el periodo postquirúrgico.

Los microorganismos infectantes que señala la demandante, pueden provenir de los sitios de colonización de los propios pacientes tales como fosas nasales cavidad bucal, la piel (flora endógena), pero también adquirirse a través del personal o sala de cirugía (flora exógena)

Si bien es cierto, los mecanismos de defensa del huésped pueden ser suficientes en la mayoría de casos, hay determinadas circunstancias en los que pueden ser superados por la virulencia de los gérmenes involucrados o por algunos factores dependientes del paciente o del procedimiento quirúrgico realizado.

Las infecciones corresponden a eventos inherentes a todo procedimiento quirúrgico, en este caso, cobra importancia, que las altas térmicas de la paciente se presentaron, ocho días después de haber egresado de la institución hospitalaria, con una alta posibilidad, de que el germen fuera contraído por la paciente en su domicilio.

2. EXONERACION DE LA ENTIDAD DEMANDADA COSMITET LTDA POR CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE DILIGENCIA Y CUIDADO.

La obligación principal para el médico es de medio y no de resultado. El deber primario es la asistencia médica adecuada, diligente y oportuna.

El deber céntrico o primario es la asistencia médica o prestación del servicio de salud.

Como lo ha establecido la Jurisprudencia, si el médico cumplió con su obligación de medios en relación con el paciente, el tratamiento adecuado y el paciente presenta daños en su salud, integridad física o la vida, derivado de los efectos adversos de un procedimiento o tratamiento, a pesar de la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéutico, no pueden atribuirse el daño al facultativo quien había ejercido una buena práctica médica.

El deber céntrico o primario del médico es la asistencia médica o prestación de la salud el cual comprende: cuidados médicos, diagnóstico, tratamiento, intervención quirúrgica etc.

En la amplia historia clínica de la paciente de COSMITET LTDA y otras entidades médicas, se llevó el registro de toda la atención medica que se le brindó al paciente, del diagnóstico acertado, de todos los exámenes diagnósticos, tratamientos y procedimientos conforme a la lex artis y protocolos médicos, observando la debida diligencia y cuidado en la atención del paciente.

3. ALEA TERAPEUTICA, RIESGO INHERENTE

Los riesgos materializados en la paciente, corresponde a lo que la doctrina denomina ALEA TERAPEUTICA, que, para este caso, podría ser descrita como:

“La parte de incertidumbre inherente a toda intervención quirúrgica o a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparable al origen de un daño que no tiene relación con el paciente, el estado inicial que ha justificado el procedimiento médico, ni con la técnica empleada, ni con la competencia de los profesionales que prestan asistencia “

Alea terapéutica, también definida como la parte del riesgo que comporta inevitable un tratamiento médico o farmacéutico legítimo y correctamente llevado a cabo. Y cuya realización entraña la no cura o efectos indeseables o como la constatación de la impotencia de la intervención médica de cara a un riesgo no controlable en el estado actual de la ciencia. Vemos, como este elemento está presente en todas las actuaciones médicas y en el caso de la demandante no podía ser la excepción, La alea terapéutica hace referencia a todo acontecimiento ocurrido al paciente sin que medie actuación del médico o enfermera para prevenir o provocar el mismo y sin que este tenga relación con el estado inicial del paciente o con evolución previsible.

Se puede concluir que, conforme a los riesgos médicos, la alea terapéutica existe en todos los procedimientos médicos, y no es posible endilgar responsabilidad alguna a las instituciones médicas que prestaron los servicios a la hoy demandante.

El objeto de la obligación del equipo médico se desarrolló entre los lineamientos que la técnica médica determina y recomienda. La paciente fue atendida por profesionales médicos, idóneos y calificados, en forma diligente, su labor se desarrolló entre los lineamientos esperados, las técnicas de asepsia y aplicación de protocolos para evitar infecciones se aplicó en la institución.

La obligación de seguridad de la Institución médica demandada fue cumplida con la implementación y mantenimiento de las medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base del control estricto acorde con protocolos técnicos, adoptados y exigidos por las autoridades, dotación de infraestructura apropiada, métodos de limpieza y esterilización, procedimiento de seguridad, desinfección, control de visitas, idoneidad en la salud del personal, etc.

La parte actora no estableció, cual fue el incumplimiento de la obligación de seguridad por parte de la entidad médica demandada, cual fue el daño antijurídico.

Igualmente debe resaltarse que las infecciones padecidas por la paciente, la colección intra abdominal, la anemia, la infección, fueron efectos colaterales del procedimiento quirúrgico practicado, los cuales fueron atendidos de forma diligente y oportuna por la entidad demandada. Se hace evidente en la historia clínica, todo el tratamiento antibiótico que se le formuló y practicó a la paciente, y que finalmente fue un hecho superado.

4. FUERZA MAYOR

En el presente caso, la relación de causalidad entre la conducta médica de la institución y el resultado, se ve interrumpida por la configuración de la fuerza mayor. A pesar de que el riesgo de infección es previsible, no se pudo evitar, escapa al poder o capacidad humana, constituyendo una inevitabilidad (característica de la fuerza mayor).

La ciencia médica tiene limitaciones y el procedimiento quirúrgico existe siempre un alea, que escapara al cálculo riguroso de las previsiones mas prudentes y por ende obliga a restringir el campo de la responsabilidad.

Consecuentemente, la falta de éxito, el agravamiento del estado del paciente, en la medida que no obedecen a la gestión culposa del propio galeno o la institución y que en cambio son atribuibles a la condición misma del paciente, patología de base, o limitaciones propias de la ciencia médica, frente a la etiología y solución anticipada, es una contingencia aleatoria del curso de la patología o enfermedad, que no son reprochables al actuar médico, pues cuando como consecuencia del propio estado de salud del paciente o de sus especiales reacciones orgánicas. No será responsable el médico por la inevitabilidad que caracteriza el caso.

Nos encontramos frente a una fuerza mayor cuando hay una circunstancia que no se pudo evitar, es irresistible e inevitable.

Es una causa extraña y externa al hecho demandado, es además irresistible e inevitable, tiene poder liberatorio de responsabilidad.

5. GENERICA O INNOMINADA

Solicito reconocer de oficio cualquier otra excepción que se configure, que resulta probada dentro del proceso y que extinga la obligación de la demandada.

CONTESTACION AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA POR PARTE DE COSMITET LTDA

A LOS HECHOS:

AL HECHO PRIMERO: ES PARCIALMENTE CIERTO

COSMITET LTDA CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA, celebro con LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, CONTRATO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, categoría: R.C. PROFESIONALES MEDICOS, con el objeto de amparar la responsabilidad civil profesional médica en que incurra el asegurado, exclusivamente como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios de salud en el ejercicio de su profesión y especialidad declarada, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza:

A continuación, se relacionan los números de pólizas y vigencias de COSMITET LTDA:

Numero 1058034	26/02/2018 a 26/02/2019
Numero 1058034	26/02/2019 a 26/02/2020

En las pólizas relacionadas en el cuadro anterior funge como TOMADOR Y ASEGURADO la empresa COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDIOS INTERNACIONALES THEM Y CIA

La póliza de seguros fue expedida y contratada, bajo la modalidad CLAIMS MADE.

En la modalidad de contratación CLAIMS MADE debe tenerse en cuenta que, para que haya cobertura, la póliza de seguros debe estar vigente para la fecha de los hechos (atención médica) como también para la fecha de reclamación (Solicitud de audiencia de conciliación prejudicial)

En el presente caso las pólizas de seguro estaban vigentes para la fecha del procedimiento quirúrgico practicado a la señora BLANCA ANAEL ORTIZ en la CLINICA IPS REY DAVID que comprendió, el periodo del 6 a 11 de junio de 2018, el reingreso de la paciente por servicio de urgencias y hospitalización en el periodo comprendido entre el 18 de junio de 2018 a 24 de julio de 2018.)

La póliza de seguro 1058034 vigencias comprendidas ente el 26/02/2018 a 26/02/2019 y 26/02/2019 a 26/02/2020, no se encontraba vigente para la FECHA DE RECLAMACION del siniestro que se dio el día 23 de febrero de 2021 con la solicitud de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad ante el Centro de conciliación municipal-casa de justicia de la ALCALDIA DE POPAYAN siendo convocada COSMITET LTDA.

Frente a la protección automática de dos años más contados con posterioridad a la terminación de la vigencia del contrato de seguro, que corresponde al PERIODO EXTENDIDO DE RECLMACION hasta 24 meses, está condicionado a previo aviso del asegurado de 30 días y cobro de prima adicional.

COSMITET LTDA no dio el aviso con 30 días de anticipación, ni tampoco pagó la prima adicional, por lo tanto, en el presente caso, no hay periodo extendido de reclamación por parte de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Este Seguro, por ser contratado bajo la MODALIDAD CLAIMS MADE exige que para dar cobertura tiene que estar vigente a la fecha de ocurrencia o en el periodo de retroactividad contratado y también para la fecha de reclamación.

En el presente caso, la póliza nro. 1058034 de Responsabilidad civil, categoría R.C. clínicas y hospitales, NO estaba vigente para la fecha de reclamación del siniestro, la cual se dio el día 23 de febrero de 2021, con la solicitud de conciliación prejudicial, por lo tanto, NO HAY COBERTURA para el presente siniestro.

AL HECHO SEGUNDO: NO ME CONSTA, por referirse a contratos de seguros de otras compañías aseguradoras.

EXCEPCIONES QUE SE PROPONEN FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR COSMITET LTDA

- 1. FALTA DE COBERTURA DE LAS POLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES MEDICOS NUMEROS 1058034 VIGENCIAS COMPRENDIDAS ENTRE EL 26/02/2018 A 26/02/2019 Y 26/02/2019 A 26/02/2020 POR CUANTO LA CONTRATACION FUE BAJO LA MODALIDAD CLAIMS MADE QUE EXIGE QUE TANTO LA OCURRENCIA COMO LA RECLAMACIÓN SE PRESENTEN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**

De acuerdo con la Jurisprudencia y doctrina nacional, a partir de la vigencia de la Ley 389 de 1997, se consagró la posibilidad de que, por un pacto expreso entre los contratantes, se limite temporalmente la cobertura e incluso, se extienda a hechos anteriores a su vigencia, siempre que ambos casos se cumplan con la exigencia de que la reclamación se haga dentro del lapso de vigencia de la convención.

Se permitió, no sólo los seguros basados en la ocurrencia del daño (LOSSES OCURRENCE), que constituyen la regla general en el derecho continental, sino también los que se fundamentan en la reclamación (CLAIMS MADE), caracterizados porque el amparo únicamente se activa si, durante la vigencia del seguro, se hace el reclamo, de suerte que cesa el deber indemnizatorio después de extinguido.

Esto significa, que la aseguradora únicamente pagará aquellos cuya reclamación sea realizada, en el decurso de la póliza, siempre y cuando se haya configurado la situación originadora de la responsabilidad cubierta.

Lo que se buscó con este tipo de cláusulas denominadas CLAIMS MADE o de RECLAMACION HECHA, es que fuera viable amparar la responsabilidad, siempre condicionado a que dentro de la vigencia del contrato o, en su defecto, en un lapso convenido, se haga la reclamación por parte del tercero.

Luego, con la independencia de los elementos requeridos para la configuración del -sinestro, establecido en el artículo 1072 del código de comercio como la realización del riesgo asegurado-, lo cierto es que se consagró una formalidad adicional, a efectos de que la aseguradora quede obligada a su pago, con la radicación de la reclamación dentro del espacio temporal de cobertura.

Si bien es cierto, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 es suficiente para la configuración del siniestro, no es menos cierto, que si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (CLAIMS MADE), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido.

Esta doble exigencia consagrada en la Ley 389 de 1997 (siniestro y reclamación dentro del término específico), deberá agotarse en todos los casos para el nacimiento de la obligación resarcitoria del asegurador.

Esta póliza por ser contratada bajo la MODALIDAD CLAIMS MADE exige que para dar cobertura tiene que estar vigente a la fecha de ocurrencia o en el periodo de retroactividad contratado y también para la fecha de reclamación.

La póliza de seguro 1058034 vigencias comprendidas ente el 26/02/2018 a 26/02/2019 y 26/02/2019 a 26/02/2020, no se encontraba vigente para la FECHA DE RECLAMACION del siniestro que se dio el día 23 de febrero de 2021 con la solicitud de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad ante el Centro de conciliación municipal-casa de justicia de la ALCALDIA DE POPAYAN siendo convocada COSMITET LTDA.

2. INEXISTENCIA DE PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION

Dentro del contrato de seguro celebrado entre LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y COSMITET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICO INTERNACIONALES THEM Y CIA se estableció en las condiciones particulares, se estableció:

“3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.”

El asegurado COSMITET LTDA no preaviso en el término de 30 días a la previsora s.a. para el periodo extendido, ni tampoco hubo cobro de prima adicional.

3. EXCLUSION DE AMPARO DE RESULTADO ESPERADO DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.

En la Hoja número 2 de la póliza número 1058034 para la vigencia comprendida entre el 26/02/2018 a 26/02/2019 y 26/02/2019 a 26/02/2020 correspondiente al SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL categoría CLINICAS Y HOSPITALES, se estableció como exclusión o riesgo no cubierto, la descrita en el numeral:

“14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.”

Los resultados adversos, insatisfactorios, las complicaciones y las iatrogenias inculpables corresponden a riesgos inherentes que se pueden presentar en curso o con ocasión del acto médico, en el cual se procura salvaguardar la vida del paciente y su salud.

En el presente caso, las condiciones particulares del paciente y riesgos de infección fueron factores de riesgo, no se podía garantizar un resultado favorable y seguro al paciente, a pesar de todos los esfuerzos médicos, tratamientos, terapias sobrevino un resultado adverso, el cual se tornó irresistible e inevitable a pesar de la buena práctica médica.

La alea terapéutica son riesgos que comporta un tratamiento médico o farmacéutico llevado a cabo de forma correcta y el cual no cura la enfermedad. Es por ello que la obligación del médico en la atención del paciente es de medios y no de resultados.

La demanda se estructuró por la falla en la prestación del servicio médico por incumplimiento de la obligación de seguridad por infección nosocomial. Este riesgo está expresamente excluido en la póliza y por tanto LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS no tiene a su cargo obligación indemnizatoria alguna.

4. LIMITACION DE RESPONSABILIDAD DE LA PREVISORA S.A. AL VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA POLIZA Y DEDUCIBLE

En caso de un fallo desfavorable para la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS deberá tenerse en cuenta el límite del valor asegurado pactado en la carátula de la póliza número 1058034 de R.C. PROFESIONALES MEDICOS para las vigencias comprendidas entre el 26/02/2018 a 26/02/2019 y 26/02/2019 a 26/02/2020.

La suma indicada en la carátula de esta póliza como VALOR ASEGURADO para el amparo de R.C. PROFESIONAL MEDICA, es el límite máximo de responsabilidad de la compañía por todos los daños y perjuicios causados por los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro.

En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de la compañía puede exceder de este límite de valor asegurado durante la vigencia, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros.

Conforme a lo establecido en el artículo 1089 del Código de comercio. La CUANTIA MAXIMA DE LA INDEMNIZACION, se estableció así:

“Dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá en ningún caso, del valor real de interés asegurado en el momento del siniestro, ni el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario.

Se presume el valor real del interés asegurado el que haya sido objeto de un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. Este, no obstante, podrá probar que el valor acordado excede notablemente el verdadero valor real del interés objeto del contrato, más no que es inferior a él.”

Como lo ha establecido la Jurisprudencia, respecto de la demostración de los perjuicios derivados de un accidente de tránsito, se debe acreditar la existencia real y efectiva del daño, como lo establece el artículo 1077 del código de comercio. Corresponde al asegurado o al beneficiario del seguro, acreditar la ocurrencia de los hechos y la cuantía de la pérdida. El perjuicio será indemnizado siempre y cuando se demuestre la existencia de esto y se declare la responsabilidad civil en el conductor del vehículo asegurado, para este caso hasta los límites contratados en la póliza, aclarando que la suma asegurada no es un valor admitido, por lo tanto, en todo caso, los perjuicios deber ser debidamente acreditados y probados en el proceso judicial.

El seguro de daños tiene carácter indemnizatorio y no puede implicar como máximo sino la reparación efectiva de la perdida derivada del siniestro en su medida real, la obligación del asegurador se limita al valor asegurado en la póliza conforme al artículo 1079 del código de comercio, la cual es de carácter imperativo.

Para el amparo de Responsabilidad civil clínicas y hospitales el limite de valor asegurado es de \$2.000.000.000

Deberá tenerse en cuenta que el DEDUCIBLE PACTADO que debe asumir el asegurado, para la cobertura de la Responsabilidad civil CLINICAS Y HOSPITALES fue del 10% del valor de la pérdida mínimo \$ 15.000.000

5. SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO PARA AL AMPARO DE DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

Para el amparo de DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES, su sublimitó el valor asegurado a la suma de **\$300.000.000.** con un deducible del 10% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

6. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO COSMITET LTDA

Debe tenerse en cuenta que la aseguradora LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, únicamente ostenta una relación contractual con el asegurado, lo que no implica que ésta sea directamente responsable por la causación del daño.

En conclusión, para que exista obligación indemnizatoria en cabeza de mi representada LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. deberá mediar la declaratoria de responsabilidad civil del asegurado y se circunscribirá a las condiciones pactadas en el contrato de seguros contenido en la póliza de seguros de R.C. PROFESIONALES MEDICOS nro. 1058034 para las vigencias comprendidas entre el 26/02/2018 a 26/02/2019 y 26/02/2019 a 26/02/2020.

No existe relación de solidaridad entre la ASEGURADORA y el asegurado, pues la fuente de las obligaciones de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS está contenida en el contrato de seguros, de acuerdo a las estipulaciones contractuales.

7. GENERICA O INNOMINADA

Solicito al Despacho declarar probada cualquier excepción que se demuestre en el transcurso del proceso y que sea favorable a la parte demandada.

PRUEBAS QUE SE HACEN VALER

1. DOCUMENTALES QUE SE APORTAN Y OBRAN EN EL PROCESO

1.1. Poder para actuar (Se aporta)

1.2 Certificado de existencia y representación legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. (Se aporta)

1.3. Póliza de seguros de número 1058034 de R.C. PROFESIONALES MEDICOS, para la vigencia comprendida entre el 26/02/2018 a 26/02/2019 y 26/02/2019 a 26/02/2020 (Obran en el proceso)

1.4. Condicionado general del seguro POLIZA DE SEGUROS proforma RCP-006-5 que forma parte integrante de la póliza (Se aporta)

1.5 Certificación de LA PREVISORA SA sobre inexistencia de cobertura de periodo extendido de fecha 19 de mayo de 2022.

2. DOCUMENTALES QUE SE SOLICITAN

Solicito se sirva oficiar al **REPRESENTANTE LEGAL DE COSMITET LTDA** a fin de que remitan al Despacho la siguiente documentación:

- 2.1. Protocolo para manejo y prevención de infecciones nosocomiales en la CLINICA REY DAVID de Cali.
- 2.2. Informar si hubo casos por contaminación por gérmenes nosocomiales en cirugías practicadas en el periodo comprendido entre el 6 al 11 de junio de 2018 en la CLINICA REY DAVID de Cali.
- 2.3. Informar el protocolo de desinfección y medidas preventivas en el procedimiento quirúrgico de bypass gástrico llevado a cabo el día 6 de junio de 2018 en la CLINICA REY DAVID a la paciente BLANCA ANAEL ORTIZ PERDOMO CON C.C. 34535317

Líbrese el oficio respectivo, al correo electrónico:

Notificaciones_judiciales@cosmitet.net

3. TESTIMONIALES:

Solicito al Honorable Despacho, citar a los siguientes TESTIGOS MEDICOS con el **objeto** de que declaren acerca de la atención médica de la paciente, sobre la patología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, procedimiento quirúrgico, complicaciones del post-quirúrgico y en general sobre todo lo que se refiera a la atención médica del paciente y participación en la misma:

2.1) DOCTORA DIANA MARCELA HERNANDEZ CASTAÑO, Medica general, (clínica Rey David de Cali) ciudadana mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Cali.

Dirección: calle 5 a nro.43 a-35 Clínica rey David, barrio Tequendama Cali.

Correo electrónico: notificaciones_judiciales@cosmitet.net

2.2). DOCTOR GABRIEL ELOY GARZON, especialista en CIRUGIA GENERAL (Cosmitet ltda), ciudadano mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali.

Dirección: calle 5 a nro.43 a-35 Clínica rey David, barrio Tequendama Cali.

Correo electrónico: notificaciones_judiciales@cosmitet.net

2.3) DOCTOR WILSON CARO BEDOYA, especialista en CIRUGIA GENERAL, (clínica rey David), ciudadano mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali.

Dirección: calle 5 a nro.43 a-35 Clínica rey David, barrio Tequendama Cali.

Correo electrónico: notificaciones_judiciales@cosmitet.net

2.4) DOCTORA LADY JHOANNA ACEVEDO, medica general, (Clínica Rey David) ciudadano mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali.

Dirección: calle 5 a nro.43 a-35 Clínica rey David, barrio Tequendama Cali.

Correo electrónico: notificaciones_judiciales@cosmitet.net

2.5) DOCTOR GUSTAVO EDUARDO RAMOS, médico general (Clínica rey David) ciudadano, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali.

Dirección: calle 5 a nro.43 a-35 Clínica rey David, barrio Tequendama Cali.

Correo electrónico: notificaciones_judiciales@cosmitet.net

2.6) DOCTOR LUIS EDUARDO CERON BASANTE, médico Uci (clínica rey David) ciudadano mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali.

Dirección: calle 5 a nro.43 a-35 Clínica rey David, barrio Tequendama Cali.

Correo electrónico : notificaciones_judiciales@cosmitet.net

2.7) DOCTOR JUAN CARLOS VALENCIA, medico UCI (clínica rey David) ciudadano mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de cali.

Dirección: calle 5 a nro.43 a-35 Clínica rey David, barrio Tequendama Cali.

Correo electrónico : notificaciones_judiciales@cosmitet.net

2.8) DOCTOR ALEXANDER GUERRA VILLAFañE, medico infectologo (clínica rey David) ciudadano mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali.

Dirección: calle 5 a nro.43 a-35 Clínica rey David, barrio Tequendama Cali.

Correo electrónico: notificaciones_judiciales@cosmitet.net

NOTIFICACIONES

Las de mi mandante:

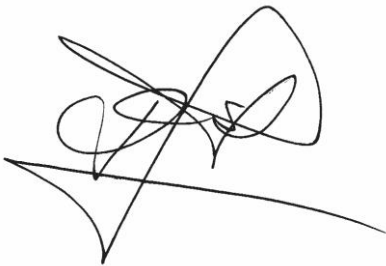
LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. (REPRESENTANTE LEGAL): Calle 10 nro.4-47 piso 8 de Cali.

CORREO ELECTRONICO: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

Las personales las recibiré en la Secretaria del Despacho en mi oficina de Abogada ubicada en la CALLE 22 Norte No. 8N-63 oficina 202 EDIFICIO APOLO, Cali.

CORREO ELECTRONICO: dsancle@emcali.net.co

Del Señor Juez, Atentamente,



DIANA SANCLEMENTE TORRES
C.C. 38.864.811 de Buga
T.P. No 44.379 del C.S. de la J.

Diana Sanclemente

De: NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>
Enviado el: jueves, 5 de mayo de 2022 11:26 a. m.
Para: j11cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co
CC: 'dsancle@emcali.net.co'; poderes antecedentes; JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ
Asunto: PODER - RADICADO: 2021-00144 - DEMANDANTE: ANA EMILIA ORTIZ PERDOMO Y OTROS LT 33827.
Datos adjuntos: PODER PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS PROCESO ANA EMILIA ORTIZ.pdf; CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS..pdf

Respetado doctor,

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 806 de 2020, los artículos 73 y siguientes del Código General del proceso y todas aquellas normas concordantes, se le otorga a usted poder en los términos que a continuación se disponen.

Este correo electrónico es enviado por el Representante Legal, Judicial y Extrajudicial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros desde la cuenta de correo electrónico de notificaciones judiciales, tal y como se prueba en los Certificados de Existencia y Representación Legal expedidos por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Cámara de Comercio de Bogotá.

Bogotá D.C.

Señores
JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO - 11
CALI, VALLE DEL CAUCA
j11cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRACONTRACTUAL.
DEMANDANTE: ANA EMILIA ORTIZ PERDOMO Y OTROS.
DEMANDADO: CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES
THEM & CIA – COSMITET LTDA-
RADICADO: 76001-31-03-011-2021-00144-00

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.014.214.701 de BOGOTÁ DC, mayor de edad y vecino de BOGOTÁ, actuando en mi condición de representante legal de **La Previsora S.A. Compañía De Seguros**, sociedad de economía mixta del orden nacional, sometida al régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio en Bogotá D.C., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada **DIANA SANCLEMENTE TORRES**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Cali, identificada con CC No. 38.864.811 de Buga (Valle), abogada en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 44.379 del C. S. de la J., para que, en el proceso de la referencia, se notifique y defienda los derechos e intereses de la Compañía.

Solicito reconocer personería a la mandataria para los fines de la gestión encomendada en los términos del Artículo 77 de Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de recibir, transigir y desistir, están sujetas a la autorización previa de la Vicepresidencia Jurídica y la facultad de conciliar a la decisión que adopte el Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Compañía.

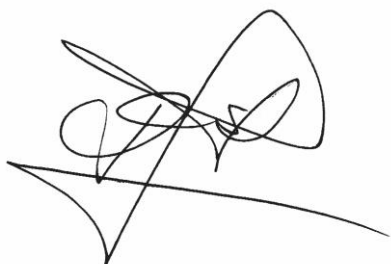
La dirección electrónica de notificaciones judiciales de la compañía es:
notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

La dirección de correo electrónico de nuestra apoderada es: **dsancle@emcali.net.co**

Atentamente,

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ
C.C. 1.014.214.701
Representante Legal.

Acepto



DIANA SANCLEMENTE TORRES
C.C. No 38.864.811
T.P. No 44.379 Del C.S.J.

Abogado Interno: AARON JOSE ORTIZ GALVAN.
Tramitó: Dayana Cruz.
Número de LITISOFT: 33827
Fecha de elaboración del poder: 27-04-2022

Bogotá D.C., 19 de Mayo de 2022

Señores
A quien interese
Ciudad

Respetado señor,

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la póliza de RCCH N°1058034 correspondiente al cliente COSMITET LTDA CORPORACION DE SERV MEDICOS INTERN THEM Y CIA para la vigencia 26/02/2019 a 26/02/2020, no se pactó cobertura de Periodo Extendido, toda vez que no cumplió con lo requerido para su respectiva aplicación conforme se especifica en las condiciones generales del literal 1.5, que se indica a continuación:

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES:

*De igual forma, en el evento que el contrato sea revocado o no renovado por previsora, esta extensión **deberá ser solicitada dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de Aviso de revocación o no renovación.***

Cumplidas todas las condiciones anteriores contenidas en este numeral, previsora:

- ✓ *No podrá negarse a otorgar el amparo y emitir el anexo y/o certificado respectivo.*
- ✓ *No podrá cancelarlo una vez emitido.*
- ✓ *Mantendrá vigente el amparo hasta cuando se agote la suma asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período otorgado de dos (2) años, cualquiera que suceda primero.*

En caso de que el asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la contratación del anexo, previsora quedará liberado de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, para los efectos de este contrato, si el asegurado optare por la no Contratación del periodo extendido para reclamaciones, dentro de los términos establecidos Para el efecto o pierde el derecho para hacerlo, previsora quedará liberada de cualquier Responsabilidad frente a reclamaciones no iniciadas en vigencia de la póliza;



La Previsora Compañía de Seguros | Nit.: 860.002.400-2 | Línea de atención al cliente y asistencia:
Desde celular: # 345 Línea nacional: 01 8000 91 0554, Bogotá 601 348 5757.

 PREVISORA SEGUROS S.A.  PREVISORA.SEGUROS  PREVISORASEGUROS  @SomosPREVISORA - www.previsora.gov.co

luego del Vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada, sea cual fuere la fecha de Ocurrencia del hecho generador del reclamo dentro de los términos establecidos para el Efecto, se deja expresa constancia que en caso de que el tomador, estando vigente el periodo Extendido para reclamaciones, contratase otra póliza de igual o similar naturaleza, sea con Previsora o cualquier otra aseguradora, la cobertura brindada por dicho periodo extendido Para reclamaciones operará siempre en exceso de dicha otra póliza.

Cordialmente,

Firmado digitalmente por: SANCHEZ CAMACHO CARLOS EDUARDO
Rol: SUBGERENTE SUCURSAL TIPO A
Descripción: CERTIFICADO DE REPRESENTANTE LEGAL DE
EMPRESA - EMITIDO POR CAMERFIRMA COLOMBIA SAS
Organización: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
Unidad organizacional: GERENCIA CENTRO EMPRESARIAL
Fecha: 19/05/2022 15:58:47

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

Sucursal Centro Empresarial Corporativo

Elaboro: Ruth Rincon



La Previsora Compañía de Seguros | Nit.: 860.002.400-2 | Línea de atención al cliente y asistencia:
Desde celular: # 345 Línea nacional: 01 8000 91 0554, Bogotá 601 348 5757.

 PREVISORA SEGUROS S.A.  PREVISORA.SEGUROS  PREVISORASEGUROS  @SomosPREVISORA - www.previsora.gov.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4087572584739501

Generado el 20 de mayo de 2022 a las 10:55:48

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

NIT: 860002400-2

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999). Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 2146 del 06 de agosto de 1954 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, , sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999).

Escritura Pública No 0144 del 01 de febrero de 1999 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Adicionada por Escritura Pública 373 del 2 de marzo de 1999, de la Notaría 10ª de Santafé de Bogotá D.C., se protocolizó el acuerdo de fusión, mediante el cual LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS absorbe a SEGUROS TEQUENDAMA S.A., quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 0431 del 05 de marzo de 2004 de la Notaría 22 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 514 del 26 de agosto de 1954

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente agente directo del Presidente de la República, de su libre nombramiento y remoción y representante legal de la sociedad. - **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES.** Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía a) Formular la política general de la compañía, el modelo integrado de planeación y gestión y los planes y programas, de conformidad con la ley y bajo las directrices de la Junta Directiva b) Orientar y dirigir los planes y programas que debe desarrollar la compañía según su objeto, las directrices de la Asamblea de Accionistas y de la Junta Directiva y las políticas de Gobierno Nacional c) Impartir directrices para la ejecución de las actividades comerciales de la compañía d) Ejercer la representación legal de la compañía e) Constituir mandatarios que representen a la compañía en los asuntos judiciales y extrajudiciales f) Presentar los estados financieros a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva en los plazos y términos señalados en la ley y los Estatutos g) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo con lo señalado en los Estatutos y en las demás normas que regulen la materia h) Proponer a la Junta Directiva los proyectos de organización interna, escalas salariales y planta de personal de los trabajadores oficiales i) Distribuir los cargos de la compañía en las diferentes dependencias y ubicar el personal teniendo en cuenta la estructura, los planes, los programas y las necesidades del servicio de la compañía, mediante acto administrativo, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos j) Someter a aprobación de la Junta, Directiva el proyecto de



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4087572584739501

Generado el 20 de mayo de 2022 a las 10:55:48

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

presupuesto de ingresos y gastos de la compañía de acuerdo con lo señalado en la ley y en los Estatutos de la compañía k) Ordenar los gastos con cargo al presupuesto de la compañía, de acuerdo con las normas sobre la materia l) Celebrar los contratos que requiera la compañía para su normal funcionamiento de conformidad con las disposiciones legales vigentes m) Ejercer el control administrativo sobre la ejecución del presupuesto de la compañía n) Conocer y fallar en segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten contra los trabajadores y ex trabajadores de la compañía ñ) Adoptar el Reglamento Interno de Trabajo, los manuales de políticas, procesos y procedimientos y los necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la compañía o) Dirigir la implementación del Sistema de Gestión Integral, garantizar el ejercicio de control interno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones p) Delegar previa autorización de la Junta Directiva alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los Vicepresidentes, Secretaría General, Gerentes de Casa Matriz y de Sucursales y/o en otros cargos de manejo y confianza q) Crear los grupos internos de trabajo que se requieran, según las necesidades de la compañía y determinar sus funciones para optimizar el funcionamiento de la Entidad r) Las demás funciones que le señale la ley, los Estatutos, la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y las demás disposiciones que le sean aplicables s) Crear las dependencias, agencias y sucursales que considere necesarias, previa autorización de la Junta Directiva, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos. VICEPRESIDENTES Y SECRETARIO GENERAL. La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Los Vicepresidentes y el Secretario General tendrán en el ejercicio de sus funciones asignadas, delegadas y otorgadas en encargo, la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. Ejercerán las atribuciones y cumplirán con los deberes que le señale el Presidente y desempeñarán las funciones que en ellos delegare éste, de acuerdo con lo previsto en estos estatutos. La sociedad tendrá un Secretario General designado por la Junta Directiva a cuyo cargo estará la función de actuar como secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva de la compañía, en tal carácter deberá atender todo lo relacionado con estas materias y ejercer las demás funciones que le delegue o encargue el Presidente de la Sociedad de quien dependerá directamente. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. ARTÍCULO 59. DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES: La sociedad tendrá los gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía previa aprobación de la Junta Directiva; para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de éstos, participar en procesos de contratación directa, concursos e invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera, jurídica, de seguros y comercial, de conformidad con las facultades que le sean delegadas y/u otorgadas en encargo. Los subgerentes de sucursal serán suplentes de sus correspondientes gerentes. En aquellas sucursales en las cuales no existe el cargo de subgerente de sucursal, será designado otro funcionario como suplente del gerente. De igual manera y de conformidad con lo indicado en el Decreto 1808 de 2017, Decreto 580 de 2019, Decreto 1996 de 2017 o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya y la Resolución No. 043 - de 2019 expedida por La Previsora S.A. o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así: VICEPRESIDENTE JURÍDICO; GERENTE DE LITIGIOS; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial de la compañía, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. GERENTE DE TALENTO HUMANO; SUBGERENTE DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL: Ejercer como representante legal de la compañía, en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera; GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMÓVILES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. Así mismo, representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas por siniestros, con la facultad de conciliar y transar en los términos autorizados por el Comité de Defensa Judicial y Conciliación. SUBGERENTE DE RECOBROS Y SALVAMENTOS: Representar a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial; SUBGERENTE DE PROCESOS JUDICIALES, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMINISTRATIVOS: Representar a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar; GERENTE JURÍDICO: Ejercer por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía. (Escritura Pública No. 2611 del 21 de



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4087572584739501

Generado el 20 de mayo de 2022 a las 10:55:48

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

mayo de 2021, Notaría 72 de Bogotá D.C.)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Hernán Vélez Millán Fecha de inicio del cargo: 15/07/2020	CC - 6357600	Presidente
Benjamín Galán Otálora Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018	CC - 80425713	Vicepresidente Financiero
María Elvira Mac-douall Lombana Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019	CC - 39688259	Vicepresidente Técnica
Gelman Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 19/08/2021	CC - 80373854	Vicepresidente Jurídico
Gelman Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 22/11/2021	CC - 80373854	Secretario General Encargado (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2022076392- 000 del día 11 de abril de 2022, la entidad informa que, con Acta 1158 del 24 de febrero de 2022, fue removido del cargo de Secretario General Encargado. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)
Rafael Humberto Rubiano Jiménez Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021	CC - 4276026	Vicepresidente Comercial Encargado (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2022076389 000 del día 11 de abril de 2022, la entidad informa que, con Acta 1158 del 24 de febrero de 2022, fue removido del cargo de Vicepresidente Comercial Encargado . Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)
José Bernardo Alemán Cabana Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018	CC - 79672347	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4087572584739501

Generado el 20 de mayo de 2022 a las 10:55:48

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Soranye Duque Valdés Fecha de inicio del cargo: 11/04/2022	CC - 31448412	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente
Miguel Escobar Botero Fecha de inicio del cargo: 19/02/2021	CC - 1152195263	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Norte
Paola Andrea Gómez Mesa Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 52266729	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles
Sandra Patricia Pedroza Velasco Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51995365	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones SOAT, Vida y Accidentes Personales
Adriana Orjuela Martínez Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51981720	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos
Andrés Lozano Karanauskas Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021	CC - 79955214	Vicepresidente de Desarrollo Corporativo
Gloria Lucia Suarez Duque Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018	CC - 52620196	Vicepresidente de Indemnizaciones
Gina Patricia Cortes Paez Fecha de inicio del cargo: 11/12/2018	CC - 33703256	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Procesos Judiciales
Scarlett Jordana Baena Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 10/11/2021	CC - 1020744966	Representación Legal Judicial y Extrajudicial como Gerente Jurídica
Olga Lucía Murgueta Bustos Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 52095575	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Generales y Patrimoniales
Luz Mery Naranjo Cárdenas Fecha de inicio del cargo: 20/09/2018	CC - 39544204	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal
Daniel Alejandro Palacios Ballen Fecha de inicio del cargo: 28/04/2022	CC - 1015441384	Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos
Verónica Tatiana Urrutia Aguirre Fecha de inicio del cargo: 07/01/2021	CC - 52333363	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en calidad de Gerente de Talento Humano



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4087572584739501

Generado el 20 de mayo de 2022 a las 10:55:48

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

NOMBRE

Joan Sebastián Hernández Ordoñez
Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019

IDENTIFICACIÓN

CC - 1014214701

CARGO

Representante Legal Judicial y
Administrativo en Calidad de
Subgerente de Litigios

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Agrícola, (con Circular Externa 008 del 21 de abril de 2015 se incorpora este ramo, en el ramo de Seguro Agropecuario. Así las cosas, el ramo de seguro Agropecuario estará conformado por los ramos Agrícola, semovientes, así como otros relacionados con recursos naturales, vegetales y animales), automóviles, aviación, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, pensiones, salud, y vida grupo.

Resolución S.B. No 665 del 01 de julio de 1997 desempleo

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.F.C. No 1457 del 30 de agosto de 2011 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. compañía de Seguros para operar los ramos de Seguro Colectivo de Vida y Salud

Resolución S.F.C. No 1003 del 10 de agosto de 2018 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para operar el ramo de Seguros de Pensiones, hoy denominado Seguros de Pensiones Voluntarias

Oficio No 2022037686-015 del 28 de marzo de 2022 autoriza el ramo de Seguro Decenal

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



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

RCP-006-005



CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

RCP-006-005



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

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

RCP-006-005



1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

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

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

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

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

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

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

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

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

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

RCP-006-005



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

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

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

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

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

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

RCP-006-005



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

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

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

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

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

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

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

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

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

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

RCP-006-005



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

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

RCP-006-005



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

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

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

RCP-006-005



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

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

RCP-006-005



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

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

RCP-006-005



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

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

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

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

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

RCP-006-005



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

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

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

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

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

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

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

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

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

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

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

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

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

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

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

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

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

RCP-006-005



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

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

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

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

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

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

RCP-006-005



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

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

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

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

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

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

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

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

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

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

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

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

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

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

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

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

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

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

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

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

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

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

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

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

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

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

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

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

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

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

RCP-006-005



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

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

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

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

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

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

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

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

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

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

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

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

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

RCP-006-005



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

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

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

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

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

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

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

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

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