

Juzgado 45 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C.

De: Laura Restrepo Madrid <lrestrepo@restrepovilla.com>
Enviado el: viernes, 23 de julio de 2021 12:23 p. m.
Para: Juzgado 45 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C.; Ana Isabel Villa Henríquez
CC: abogado3@diazgranados.co; rflorez.silvarodriguez@gmail.com; Carolina Trujillo
Asunto: Rdo. 110013103045 2020 00258 00 proceso de Pedro Pablo Pregonero González vs Corporación Hospitalaria Juan Ciudad - respuesta al llamamiento en garantía de Chubb Seguros Colombia S.A.
Datos adjuntos: 2021.07.23 Contestación demanda y Llamamiento en garantía CHUBB.pdf; 20210721 Póliza 46813.pdf

Medellín, 23 de julio de 2020

Señores

JUZGADO 45 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

Proceso	Verbal
Demandante:	Pedro Pablo Pregonero González
Demandados:	Corporación Hospitalaria Juan Ciudad
Radicado:	110013103045 2020 00258 00
Asunto:	Respuesta a la demanda y al llamamiento en garantía

Laura Restrepo Madrid, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43.626.317 de Medellín y abogada con tarjeta profesional No. 99.671 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita y representante legal suplente de la sociedad de servicios jurídicos **RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.**, obrando en calidad de apoderada de **Chubb Seguros Colombia S.A.** adjunto escrito de respuesta a la demanda formulada por el señor Pedro Pablo Pregonero González en contra de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad y al llamamiento en garantía que esta formuló frente a **Chubb Seguros Colombia S.A.**

Anexo los siguientes documentos:

1. Escrito de respuesta a la demanda y al llamamiento en garantía
2. Documento contentivo de las condiciones generales y particulares de la Póliza No. 12 -46813 expedida por Chubb Seguros Colombia S.A.

El poder conferido por Chubb Seguros Colombia S.A. a la sociedad de servicios jurídicos Restrepo & Villa Abogados S.A.S., el certificado de existencia y representación de Chubb Seguros Colombia S.A. y el certificado de existencia y representación de Restrepo & Villa Abogados S.A.S.

Para los efectos del Decreto 806 de 2020, se copia a las demás partes en este correo.

Favor confirmar recepción.

Atentamente,

Restrepo & Villa
A B O G A D O S

Laura Restrepo Madrid
Cel. 311 321 82 10
lrestrepo@restrepovilla.com
www.restrepovilla.com

Medellín, 23 de julio de 2021

Señores

JUZGADO 45 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

Proceso	Verbal
Demandante:	Pedro Pablo Pregonero Gonzalez
Demandado:	Corporación Hospitalaria Juan Ciudad
Radicado:	11001310304520200025800
Asunto:	Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía

Laura Restrepo Madrid, abogada identificada con la C.C. No. 43.626.317, portadora de la T.P. 99.671 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita de la sociedad de servicios jurídicos RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S., apoderada judicial de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. (en adelante Chubb), de conformidad con el poder que se adjunta con el presente escrito, mediante el presente, me permito dar respuesta a la demanda -y al escrito de subsanación de la misma- promovida por el señor Pedro Pablo Pregonero Gonzalez, en contra de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad y al llamamiento en garantía formulado por ésta frente a CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., en los siguientes términos:

SECCIÓN 1: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. A los hechos de la demanda

Al 1. Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, a mi poderdante no le consta que el día 15 de octubre de 2015 el señor Pedro Pablo Pregonero González se encontrara en su casa en sus quehaceres diarios, ni tampoco le consta que por un descuido mientras organizaba el garaje de su residencia hubiese sufrido un accidente al cambiar de lugar la motocicleta que se encontraba en el lugar, así como tampoco le consta que al señor Pregonero González se le haya ocasionado con ello una herida en el pie derecho de más de 5 cm de largo por 2 de ancho. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al 2. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento, a Chubb no le consta que el señor Pedro Pablo Pregonero González, luego de ver la gravedad de la herida se trasladara al Hospital San Carlos y que allí haya sido atendido inicialmente por funcionarios que le hayan lavado la herida, así como tampoco le consta a la parte que represento que dichos funcionarios le hayan ordenado tomar antibiótico y acetaminofén en casa.

Tampoco le consta a Chubb que el señor Pedro Pablo Pregonero González, para la época de los presuntos hechos tuviera 61 años, sin embargo con la documentación aportada con la demanda, esto pareciera ser cierto. No le consta a mi poderdante que el señor Pregonero González se encontrara afiliado a la EPS Sanitas como beneficiario de una de sus hijas, ni tampoco le consta que esta

haya sido la razón por la cual supuestamente se dirigió a dicho hospital, toda vez que se trata de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento.

Al 3. Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, a mi poderdante no le consta que el señor **Pedro Pablo Pregonero González** pasados siete días, tuviese dolores y malestar general, ni mucho menos le consta que tales afectaciones se hubiesen incrementado. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se pruebe en el proceso.

Frente a la afirmación de que el día 22 de octubre de 2015 el señor **Pedro Pablo Pregonero González** se hubiese dirigido a la clínica CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD- HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR- MÉREDI, ingresando por urgencias “*sin signos de afección*”, según resultados de uroanálisis que consta en la historia clínica del mismo día registrado a las 19:39 pm, no le constan tales circunstancias a la parte que represento toda vez que las mismas son ajenas a Chubb. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al 4. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que al señor **Pedro Pablo Pregonero González** el mismo día de ingreso, se le ordenara la realización de una resonancia magnética y valoración por “*clínica de heridas*”. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al 4.1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, no le consta a la parte que represento que el día 23 de octubre de 2015 el señor **Pedro Pablo Pregonero** fuera valorado por medicina interna en donde se evidenciara “una mejoría de dolor en el pie derecho” y que continuara en espera de una resonancia magnética para definir el manejo, ni tampoco le consta a mi poderdante que continuara pendiente de valoración por “clínica de heridas” ordenada el mismo día que ingresó a la institución. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se logre probar en el proceso.

Al 4.2. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, no le consta a mi poderdante que el 24 de octubre de 2015 a las 10:00 am se realizara resonancia en el pie derecho ni que según resultados consignados en la historia clínica, el señor **Pregonero** presentaba Osteomielitis en el 5 metatarsiano. Tampoco le consta a la parte que represento que al señor **Pedro Pablo Pregonero González** se le ordenara examen Doppler arteriovenoso del miembro inferior derecho y que continuara pendiente la valoración por “*clínica de heridas*”. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se pruebe en el proceso.

Las demás manifestaciones que se hacen en este numeral no corresponden a un hecho sino a consideraciones subjetivas del apoderado del demandante, sobre las cuales mi poderdante no tiene el deber de pronunciarse.

Al 4.3. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que el día 26 de octubre de 2015 el señor **Pedro Pablo Pregonero González** hubiese sido atendido a las 13:44, nuevamente por medica interna que refiriese que continuaba pendiente de que se le prestase el servicio de valoración por “clínica de heridas”. Al respecto Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al 4.4. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que el día 27 de octubre de 2015, en su quinto día de hospitalización, después de más de 96 horas desde el momento en el que ingresó a la clínica **Pedro Pablo Pregonero González** siguiera a la espera de la valoración por “Clínica de heridas”. Al respecto Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso y, particularmente, en cuanto a las anotaciones realizadas por los diferentes profesionales que atendieron al señor **Pregonero González** en la historia clínica, Chubb se atiene al contenido íntegro y literal de la misma de conformidad con el valor probatorio que le reconozca el Despacho.

Al 4.5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a la parte que represento no le consta que el 28 de octubre de 2015 el señor **Pregonero** haya consultado por urgencias al sentir molestias a causa de la herida que se había ocasionado y que siguiera en espera del servicio de valoración por “clínica de heridas”, ni tampoco le consta que dichas circunstancias consten en el reporte de la historia clínica del 06:54 am, en el que además se refiere que “continúa con eritema y calor”. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Adicionalmente, no le consta a la parte que represento, al tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, que el mismo día **Pedro Pablo Pregonero González** hubiese sido atendido por la especialidad de ortopedia. Reitero que en cuanto a las anotaciones realizadas por los diferentes profesionales que atendieron al señor **Pregonero González** en la historia clínica, Chubb se atiene al contenido íntegro y literal de la misma de conformidad con el valor probatorio que le reconozca el Despacho.

Al 4.6. Este numeral no contiene un hecho sino consideraciones subjetivas del apoderado de la parte demandante sobre las cuales Chubb no tiene el deber de pronunciarse.

Al 4.7. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que el 30 de octubre de 2015, después de 48 horas de ordenado el desbridamiento quirúrgico se solicitara la valoración por anestesia. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al 4.8. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que el día 31 de octubre de 2015 **Pedro Pablo Pregonero González** fuera valorado por anestesiología, ni que el 1 de noviembre de 2015 la referida especialidad diera aval para cirugía, ni tampoco le consta a la parte que represento que se contara con concepto positivo de anestesiología y que ese día tampoco se hubiera realizado la cirugía para desbridamiento ordenada el 28 de octubre de 2015 (3 días antes) según afirma el demandante. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al 4.9. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que el 2 de noviembre de 2015 el médico internista evidenciara un posible foco de infección de pie en análisis realizado a las 7:54 am, así como tampoco le consta que ese mismo día, según la cronología indicada por el demandante, después de más de 120 horas (equivalentes a 5 días) desde que el médico internista hubiese valorado al señor **Pedro Pablo Pregonero González** el 28 de octubre y ordenado el desbridamiento a las 15:36 pm, finalmente fuera llevado el señor **Pregonero González** por la especialidad de ortopedia para realizar el procedimiento de *“lavado quirúrgico y ciurtaje de hueso de pie”* por el cirujano Dr. Serrano, asistido por Dr Davalos que ordenó un nuevo lavado quirúrgico en 48 horas. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Tampoco le consta a mi poderdante, toda vez que se trata de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb que se haya ordenado la toma de un cultivo de la secreción que presentaba el señor **Pedro Pablo Pregonero González** en el pie. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al 4.10. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le constan las circunstancias de salud en las que se encontraba el señor **Pedro Pablo Pregonero González**.

Al 4.11. Este numeral no contiene un hecho sino consideraciones subjetivas del apoderado del demandante, sobre las cuales Chubb no tiene el deber de pronunciarse.

Al 4.12. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta el manejo clínico que se le dio al señor **Pedro Pablo Pregonero González** el día 5 de noviembre de 2015. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso. Reitero que en cuanto a las anotaciones realizadas por los diferentes profesionales que atendieron al señor **Pregonero**

González en la historia clínica, Chubb se atiene al contenido íntegro y literal de la misma de conformidad con el valor probatorio que le reconozca el Despacho.

Al 4.13. Este numeral no contiene la narración de hechos, sino, por un lado, referencias y citaciones a la historia clínica, en relación con la cual Chubb se atiene al contenido íntegro y literal de la misma de conformidad con el valor probatorio que le reconozca el Despacho. Por otro lado, contiene apreciaciones subjetivas del apoderado del demandante sobre las cuales mi poderdante no tiene el deber de pronunciarse.

Al 4.14. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que el día 7 de noviembre, medicina interna hubiese reportado que el señor **Pedro Pablo Pregonero González** tuviese un “*deterioro progresivo, presentando cianosis distal de los artejos pie derecho, será llevado a cirugía el día de hoy, se considera pertinente nueva valoración por cirugía vascular con nuedo dúplex arterial*”. Adicionalmente se precisa que la última oración citada por el demandante se corresponde con una transcripción de la historia clínica que aporta, sin ser un hecho como tal.

Adicionalmente, por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que ese día después de la valoración realizada, el doctor Rodriguez, junto con los doctores Carvajal y Viloria, se realizara lavado quirúrgico después de presuntamente haberse evidenciado la necesidad de amputación por medicina interna, lo cual tampoco consta a mi representada.

En cuanto a la afirmación que se hace respecto de la negligencia en la atención del señor **Pregonero González**, debe tenerse en cuenta que no constituye un hecho sobre el cual deba pronunciarse Chubb, ya que representa valoraciones y apreciaciones subjetivas del demandante. Por lo demás, se advierte que de la lectura de la historia clínica de la atención del paciente en el hospital demandado, que fue oportuna, continua y acorde con la *lex artis*, no es posible concluir que existió una culpa o negligencia del hospital.

Al 4.15. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que el día 8 de noviembre de 2015, el señor **Pedro Pablo Pregonero González** fuese valorado por cirugía vascular, así como tampoco le consta que cirugía vascular haya determinado que se debía continuar el manejo por ortopedia toda vez que estaba contraindicada la arteriografía y que no requería estudios adicionales, y mucho menos le consta a mi representada que por tales circunstancias se haya cerrado la interconsulta por dicha especialidad.

Frente a lo expresado por el demandante en el segundo párrafo del hecho 4.15. se precisa que se corresponde con apreciaciones subjetivas del demandante y no de un hecho como tal, motivo por el cual se omite pronunciamiento frente a dichas afirmaciones y se atiene a lo que se pruebe al interior del presente proceso.

Al 4.16. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora, a mi poderdante no le consta que el día 9 de noviembre de 2015 al señor **Pedro Pablo Pregonero González** le hayan realizado lavado y desbridamiento quirúrgico. En cuanto a la nota quirúrgica realizada en la historia clínica que aquí se transcribe, Chubb se atiene al contenido íntegro y literal de la misma, según el valor probatorio que le reconozca el Despacho.

Al 4.17. Se expresa que lo narrado por el demandante no se corresponde a un hecho sino a apreciaciones subjetivas del mismo, las cuales deberán ser debidamente probadas y sustentadas al interior del proceso.

Al 5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le constan las circunstancias descritas en el hecho quinto de la demanda, así como tampoco le constan las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que haya ocurrido la amputación del señor **Pedro Pablo Pregonero González**.

No le consta a mi poderdante, toda vez que se trata de circunstancias ajenas a su esfera, que el día 10 de noviembre de 2015 la especialidad de ortopedia haya programado una amputación para el día siguiente, ni que tal procedimiento se hubiese realizado el día 11 de noviembre de 2015. Por lo demás se encuentran apreciaciones y valoraciones subjetivas del demandante que no se corresponden con la narración de un hecho, las cuales deberán ser debidamente probadas al interior del proceso.

Tampoco le consta a mi poderdante, por tratarse de circunstancias ajenas a su esfera que el 12 de noviembre de 2015 se haya obtenido el resultado de un cultivo ordenado el 2 de noviembre. Ni tampoco le consta a mi poderdante por la misma razón previamente indicada que en el resultado de dicho cultivo se haya evidenciado que había contraído el microorganismo denominado pseudomona aeruginosa. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Adicionalmente, por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que se haya ordenado el asilamiento y manejo de medidas de seguridad, ni que durante todo el tiempo que el señor **Pedro Pablo Pregonero González** haya estado esperando los diferentes procedimientos nunca fuese puesto en aislamiento, ni bajo ningún cuidado especial y mucho menos le consta a mi representada que haya sido durante los diferentes procedimientos realizados durante los cuales se haya desarrollado infección alguna. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se pruebe en el proceso.

Frente a lo afirmado por el demandante en relación con la presencia del microorganismo denominado pseudomona aeruginosa se tiene que no le consta a mi poderdante, al tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, la causa de la supuesta aparición del mismo y se aclara que en este punto se evidencian consideraciones y valoraciones subjetivas del demandante y no hechos como tal, las cuales deberán ser debidamente probadas y sustentadas al interior del proceso. El demandante deberá probar la razón fáctica y científica de sus afirmaciones.

Tampoco le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, que se haya evidenciado que todos los procedimientos relacionados con clínica de heridas y asepsia fueran realizados después de más de 4 días, ni que tampoco haya sucedido lo mismo con el desbirdamiento quirúrgico, lo demás afirmado por el demandante para este hecho se corresponde con conclusiones y valoraciones subjetivas que distan de poder ser consideradas hechos, motivo por el cual no se emitirá pronunciamiento sobre las mismas.

Al 6. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento y a su Asegurado, a Chubb no le constan las circunstancias de tiempo, modo y lugar que hayan dado como consecuencia la amputación del señor **Pregonero**. Lo demás afirmado por el demandante en este hecho se corresponde con valoraciones subjetivas que deberán ser debidamente probadas por la parte activa al interior del proceso.

Al 7. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento, a Chubb no le consta que el 16 de mayo de 2016 el señor Pregonero haya presentado queja ante la Secretaría Distrital del Salud de Bogotá D.C. ni los motivos por los cuales se haya presentado dicha queja, así como tampoco le constan a mi representada las actuaciones que se hayan realizado al interior de dicho trámite administrativo. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se logre probar al interior del proceso.

Al 8. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, no le consta a mi representada que dentro de la referida investigación se haya ordenado un concepto técnico científico realizado por el Equipo de vigilancia y control de la Oferta de la dirección de Desarrollo de Servicios de Salud ni lo que tal concepto determinó. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se logre probar al interior del proceso.

Al 9. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, no le consta a mi representada que haya sido como consecuencia del referido concepto técnico científico que la Secretaria de Salud Distrital haya comunicado a la demandada la apertura del

procedimiento administrativo sancionatorio No. 3079-2018, ni tampoco le consta a mi poderdante cómo se hayan surtido las respectivas etapas procesales ni de qué manera culminó el referido procedimiento administrativo. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre al interior del proceso.

Al 10. Este numeral no contiene hechos sino meras consideraciones subjetivas del apoderado del demandante, frente a las cuales Chubb no está obligada a pronunciarse. La parte actora deberá demostrar la razón fáctica y científica de sus afirmaciones.

Al 11. No le consta a mi poderdante, por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que haya ocurrido alguna negligencia médica en la atención del señor **Pregonero González**; por el contrario, la historia clínica que se aportó al proceso da cuenta de la oportunidad, pertinencia y calidad de la atención brindada al paciente.

Tampoco le constan a Chubb, por el mismo motivo, los sentimientos que se hayan producido en el señor **Pedro Pablo Pregonero González** ni en su núcleo familiar, el cual además es desconocido para mi representada. Por lo demás, lo narrado en este hecho se corresponde con apreciaciones subjetivas del demandante.

Al 12. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento, a Chubb no le constan las labores en las cuales se desempeñaba el señor **Pregonero**, ni tampoco le constan las sumas que devengaba en razón de sus oficios, ni la manera en la cual distribuía tales sumas; ni tampoco que el demandante fuera el responsable del sostenimiento de la familia. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se logre probar al interior del proceso.

Sin embargo, del certificado expedido por la EPS Sanitas aportado por el demandante da cuenta de que el señor **Pedro Pablo Pregonero González** se encontraba afiliado en calidad de beneficiario a tal EPS, motivo por el cual se puede deducir que el mismo no contaba con ingresos para realizar aportes al Sistema de Seguridad Social, evento en el cual el tipo de su afiliación sería en calidad de cotizante.

Al 13. Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento y a su Asegurado, a Chubb no le consta que desde la fecha, que por lo demás es incierta, el señor **Pedro Pablo Pregonero González** no haya podido volver a trabajar en la actividad en la que se desempeñaba, ni tampoco le consta a mi representada que le resultara imposible su movilización para ejercer dicha actividad y mucho menos le consta a mi representada si dicha actividad requiere o no realizar movimientos de todo el cuerpo para poder hacer la reparación de sistemas de plomería.

Al 14. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, que el señor **Pedro Pablo Pregonero González** haya sido calificado por la Junta Regional de Invalidez el día 18 de enero de 2018 y que dicha Junta haya determinado que tuvo una pérdida de capacidad laboral del 39% con fecha de estructuración el 11 de noviembre de 2015, sin embargo esta última circunstancia pareciera ser **cierta** según se desprende del documento Dictamen de Determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional aportado por el demandante.

No obstante, no le consta a mi poderdante, al tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, que producto de la amputación del miembro inferior derecho, se haya imposibilitado que el señor **Pedro Pablo Pregonero González** pudiera volver a desplegar las mismas actividades de trabajo y esparcimiento que antes hacían más agradable su vida, también en el trato con sus familiares, allegados, parientes y en general con todos el círculo cercano que lo rodea, precisándose que se desconoce a qué actividades de esparcimiento hace referencia el demandante, así como se desconoce cuál era el trato del señor **Pedro Pablo Pregonero González** con tales personas.

Al 15. No le consta a mi representada, por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, si el señor **Pedro Pablo Pregonero González** cuenta o no con pensión de vejez o de algún otro tipo, ni cuál había sido su actividad hasta el suceso de la amputación, ni tampoco le consta a mi poderdante que el señor **Pedro Pablo Pregonero González** no pudiera volver a ejercer la actividad que refiere de plomero.

Al 16. Lo narrado en este hecho se corresponde con apreciaciones subjetivas del demandante las cuales deberán ser debidamente probadas y valoradas al interior del proceso, motivo por el cual no se emitirá pronunciamiento frente a las mismas.

II. Oposición a las pretensiones de la demanda

Actuando en nombre y representación de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.** me opongo expresamente a la prosperidad de todas las pretensiones de condena formuladas en la demanda en contra de **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad.**, por no existir responsabilidad en cabeza de la entidad demandada por los hechos que se le imputan. En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho absolver a **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** de cualquier imputación de responsabilidad y, correlativamente, condenar a la parte demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen con ocasión del trámite del proceso.

En particular, me opongo a la prosperidad de las **pretensiones de condena**, así:

A la primera: Me opongo a que se condene a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** al pago de los perjuicios que afirma haber sufrido el demandante, toda vez que la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** no es responsable por los perjuicios patrimoniales de lucro cesante consolidado que aduce el demandante, ni se tiene certeza sobre las sumas que pudiese devengar **Pedro Pablo Pregonero González** a efectos de pretender una liquidación de estos perjuicios por la suma de noventa y tres millones, diez mil pesos moneda corriente.

Lo anterior en virtud de que la historia clínica que aporta el demandante da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor **Pedro Pablo Pregonero González** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demanda ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable.

A la segunda: Me opongo a que se condene a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** al pago de los perjuicios que afirma haber sufrido el demandante, toda vez que la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** no es responsable por los perjuicios patrimoniales de lucro cesante futuro que aduce **Pedro Pablo Pregonero González**, en virtud de que la historia clínica que aporta el demandante da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor **Pedro Pablo Pregonero González** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demanda ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable.

Adicionalmente, tampoco se tiene certeza sobre las sumas que pudiese devengar **Pedro Pablo Pregonero González** a efectos de pretender una liquidación de estos perjuicios por la suma de ciento cuarenta y siete millones cuatrocientos setenta mil setecientos treinta y seis mil pesos moneda corriente.

A la tercera: Me opongo a su prosperidad, pues **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** no es responsable por el perjuicio fisiológico (que por lo demás, la jurisprudencia nacional no ha clasificado como un daño material) que aduce **Pedro Pablo Pregonero González** en virtud de que, la historia clínica que aporta el demandante da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor **Pedro Pablo Pregonero González** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demanda ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable.

A la cuarta: Me opongo a su prosperidad, pues **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** no es responsable por los perjuicios de naturaleza indeterminada que aduce el señor **Pedro Pablo Pregonero González** en virtud de que, la historia clínica que aporta el demandante da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor **Pedro Pablo Pregonero González** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demanda ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable.

Adicionalmente no se especifica a qué perjuicios se hace referencia de modo que se podría estar pretendiendo una doble indemnización. No obstante en el caso en el que se considerara que se tratase de perjuicios extrapatrimoniales, la suma aducida por valor de ochenta salarios mínimos legales mensuales vigentes supera los criterios jurisprudenciales vigentes de la Corte Suprema de Justicia para casos semejantes al que aquí se discute.

A la quinta: Me opongo a su prosperidad, pues **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** no es responsable por los perjuicios morales que aduce el demandante en virtud de que, la historia clínica que aporta el demandante da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor **Pedro Pablo Pregonero González** por la entidad demandada y asegurada por Chubb y, en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demanda ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable.

Adicionalmente no se aportan pruebas que permitan soportar tales perjuicios, los cuales además exceden en la cuantía, los criterios jurisprudenciales vigentes de la Corte Suprema de Justicia para casos semejantes al que aquí se discute, además de la falta de legitimación en la causa del demandante para reclamar la indemnización de perjuicios supuestamente sufridos por terceros que no son parte en este proceso.

A la sexta: Me opongo a su prosperidad, pues **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** no es responsable por los perjuicios morales que aduce el demandante a favor de su cónyuge en virtud de que, la historia clínica que aporta el demandante da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor **Pedro Pablo Pregonero González** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demanda ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable; y además por la falta de legitimación en la causa del demandante para reclamar la indemnización de perjuicios supuestamente sufridos por terceros que no son parte en este proceso

A la séptima: Me opongo a su prosperidad, pues **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** no es responsable por los perjuicios morales que aduce el demandante a favor de su cónyuge en virtud de que, la historia clínica que aporta el demandante da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención médica que se le brindó al señor **Pedro Pablo Pregonero González** por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demanda ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable, razón por la cual se deberá condenar en su lugar al demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen al interior del proceso.

III. Al juramento estimatorio

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, de manera expresa objeto la estimación de los perjuicios efectuada bajo juramento en la demanda, pues los perjuicios patrimoniales allí estimados carecen de sustento probatorio solicitado o aportado por los actores. Además, el cálculo de los perjuicios de la demanda no se hace de manera técnica, ni se demuestran los fundamentos fácticos sobre los cuales se basa la liquidación.

Por otro lado, la estimación de los perjuicios extrapatrimoniales escapa a la exigencia del artículo citado y, por tanto, la mera afirmación de la existencia de los perjuicios extrapatrimoniales y su estimación no puede tomarse como prueba de los mismos.

IV. Defensas y excepciones

Obrando en nombre y representación de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, además de las que han sido formuladas al dar respuesta a los hechos de la demanda y de las que resulten probadas en el proceso, las cuales deberá declarar de oficio el Despacho de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del C.G.P., propongo desde ahora las siguientes defensas y excepciones:

1. Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa de la Asegurada Corporación Hospitalaria Juan Ciudad

La doctrina y la jurisprudencia nacionales e internacionales aceptan, de manera pacífica, que la gran mayoría de casos en los que se analiza la responsabilidad derivada de un acto médico corresponden a un tipo de responsabilidad de naturaleza subjetiva. Y esto es así, pues para que sea posible la imputación al agente de alguna responsabilidad civil o una responsabilidad del Estado, es indispensable la constatación, en su conducta, de una culpa relevante en la causación del resultado dañoso, correspondiente, en los casos de responsabilidad médica, en una falla médica imputable a los demandados. De esta manera, solo en casos excepcionalísimos se ha hablado de responsabilidad objetiva, y unos y otros dependen del marco obligacional aplicable al agente.

En efecto, en la mayoría de los casos, el prestador de servicios de salud debe responder por obligaciones de medios; y sólo en algunos ejemplos específicos y de excepción, como el de tratamientos estéticos, el marco obligacional del demandado corresponde al de obligaciones de resultado.

Ahora bien, cuando lo que se discute es la eventual responsabilidad subjetiva del agente, corresponde al demandante demostrar, con plena prueba, que el daño fue causado por una conducta negligente o culposa del demandado; siendo la responsabilidad médica un régimen en el que rige, como principio general el, de la culpa probada imputable al presuntamente responsable. Y éste es el principio que rige en el caso *sub judice*.

Por lo tanto, para que la parte demandada resulte responsable en este caso, es indispensable que la parte demandante logre acreditar una conducta culposa atribuible a cada uno de los demandados. Sin embargo, destacamos desde ya que, en el proceso de la referencia, tal prueba no será lograda por los demandantes, pues como se verá en el trámite del proceso la atención médica brindada al señor **Pedro Pablo Pregonero González**, por parte del equipo de profesionales en salud de la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad**, fue ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención y a la *lex artis ad hoc* y por tanto, fue adecuada.

En efecto, es preciso recordar que el concepto de culpa comporta siempre un defecto de conducta concreto respecto a un modelo de conducta abstracto. De esta manera, para que la culpa sea atribuible al agente, corresponde a la parte demandante demostrar – con plena prueba- la desviación que separa la conducta concreta del demandado del modelo de conducta que la ley positiva asume como regla. Y esta demostración no será posible en el caso bajo análisis, pues la atención brindada al señor **Pedro Pablo Pregonero González** fue diligente y cuidadosa.

Así pues, en lo que respecta al campo médico, se ha propuesto como definición de culpa médica aquella “*culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada lex artis o lex artis ad hoc*”¹. En el mismo sentido, La Corte Suprema de Justicia ha señalado que

¹ Fernández, José. Sistema de responsabilidad médica. Granada: Ed. Comares, 2002. p. 96. Asúa, Clara. Responsabilidad civil médica. Reglero, Fernando (Coord.) Tratado de responsabilidad civil, Tomo II. Navarra: Aranzadi, 2002. p. 984.

“...fuera de la negligencia o imprudencia que todo hombre puede cometer; **el médico no responde sino cuando, en consonancia con el estado de la ciencia o de acuerdo con las reglas consagradas por la práctica de su arte, tuvo la imprudencia, la falta de atención o la negligencia que le son imputables y que revelan un desconocimiento cierto de sus deberes**”².

Ahora, si bien la *lex artis* corresponde a los criterios de conducta generales y abstractos dictados por una ciencia específica, ella debe analizarse teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso, de manera que el análisis asentado de la *lex artis* al supuesto concreto, nos sitúa en la conocida *lex artis ad hoc*³. De esta manera, exigir que la actuación del profesional médico se rija por la *lex artis ad hoc*, implica que el médico debe aplicar los conocimientos y protocolos de su ciencia al caso concreto, actuando en consideración a las particularidades del paciente; y este análisis es extrapolable al que debe hacer el juez, *a posteriori*, al momento de evaluar la diligencia de la conducta del profesional de la salud demandado. En consecuencia, la determinación de la idoneidad de la conducta del profesional de la medicina implica que se evalúe la efectiva y adecuada aplicación de las reglas y protocolos de la ciencia médica al caso concreto, y la consideración de las características particulares del cuadro clínico del paciente y de la evolución de éste.

En consecuencia, teniendo en cuenta que en el caso *sub judice* la atención brindada al señor **Pedro Pablo Pregonero González** fue diligente, cuidadosa y en todo momento conforme con la *lex artis ad hoc*, la parte demandante no podrá acreditar culpa alguna imputable al cuerpo médico encargado de atender al paciente, de manera que, al no contarse con uno de los elementos esenciales para que se estructure la responsabilidad imputable a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad**, esto es la culpa, ninguna responsabilidad puede atribuirse a la asegurada y las pretensiones de la demanda deben despacharse desfavorablemente.

2. Ausencia de nexo de causalidad, por culpa exclusiva de la víctima

Bien es sabido que uno de los elementos esenciales de la responsabilidad civil, sea contractual o extracontractual, es el nexo de causalidad, cuya demostración le corresponde a la parte demandante, según lo dispuesto en el art. 167 del C.G.P.

Ahora bien, el nexo de causalidad significa que debe poderse establecer que el daño alegado por los demandantes fue causado por la conducta u omisión del demandado. No obstante, en el caso que nos ocupa, no se ha probado que los perjuicios que el demandante afirma haber sufrido se deban a la conducta de la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad**.

En efecto, según los documentos que obran en el expediente, existen varios elementos que desdibujan de tajo la existencia de cualquier nexo de causalidad entre el actuar de la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** y los perjuicios que aduce el demandante, pues consta que la enfermedad de base del señor **Pedro Pablo Pregonero González**, esto es, la diabetes mellitus tipo 2 se encontraba mal controlada y tal y como se desprende de la historia clínica aportada por el demandante, en donde además consta que el mismo ni siquiera se aplicaba de manera adecuada y constante las dosis de insulina que su condición requería, lo cual evidencia que ya se presentaban afectaciones en su miembro inferior izquierdo, según obra en anotaciones de la historia clínica de las atenciones prestadas entre el 20 de enero y del 4 de febrero de 2014, por lo que el resultado final de la amputación que refiere el demandante es el resultado del curso normal de la enfermedad que había sido descuidada por el demandante. Además, el tratamiento y la atención que se le dio al demandante por parte de la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** fue adecuado y conforme con la *lex artis* y los protocolos aplicables.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, Op.cit., p.116 ss, apoyada en la Sentencia de Casación francesa del 27 octubre de 1938.

³ Fernández, José. Op. cit., p. 249 ss. En similar sentido Santos Ballesteros, Jorge. Instituciones de responsabilidad civil. Bogotá: Javegraf, Tomo III, 2006. p. 295.

Se insiste, por tanto, que no hay nexo de causalidad entre la conducta que se le atribuye a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** y los perjuicios alegados por el demandante, por lo cual, las pretensiones de la demanda se deben desestimar.

3. Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados.

De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, “*incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*” de manera que, la carga de la prueba de los elementos que estructuran la responsabilidad -entre ellos el daño-, por regla general, recae en cabeza de la parte demandante, y la pretensión de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo. De esta manera, es la parte actora la que debe probar el daño que afirma haber sufrido, además de los demás elementos de la responsabilidad.

Adicionalmente, para que el daño sea indemnizable, debe ser cierto, directo y la parte que reclama su reparación debe probar no sólo su existencia, sino su cuantía y extensión.

En el presente caso, concluido el trámite probatorio del proceso, el Despacho podrá concluir que no se constatan los elementos del daño indemnizable, pues no existe prueba que permita acreditar la existencia y cuantía de los perjuicios patrimoniales cuya reparación se pretende, y los montos solicitados por concepto de los perjuicios de carácter extrapatrimonial superan las tarifas reconocidas por jurisprudencia reiterada de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

Por otra parte, se llama la atención del Despacho acerca de las pretensiones que se formulan para los hijos y la cónyuge del señor **Pregonero**, quienes no actúan como demandantes en este proceso, ni le han otorgado poder al señor **Pregonero** para formular pretensiones en su nombre y a través del apoderado judicial de este último, por tanto, se trata de pretensiones condenadas al fracaso.

4. Excesiva e indebida solicitud de perjuicios extrapatrimoniales

La responsabilidad civil ha sido reconocida como la figura mediante la que se sitúa a la víctima en la misma posición o en la posición más semejante a la que se encontraba antes de la ocurrencia del hecho lesivo, a través de la imposición al agente de una obligación resarcitoria. No obstante, la responsabilidad civil no es un instrumento de enriquecimiento de la víctima, y por esto sólo se indemnizan los perjuicios efectivamente probados, y en las cuantías y extensiones correspondientes.

En este sentido, si se revisan las cuantías de los perjuicios extrapatrimoniales pretendidos por el demandante, se constata que superan, por mucho, los parámetros que ha establecido la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia para esos efectos en casos como el de la referencia, de la misma manera que se exceden los montos de indemnización reconocidos por la jurisprudencia contencioso administrativa para casos de afectaciones más graves, por lo que, aún si se lograra probar la existencia de esos perjuicios, de ninguna manera podrían reconocerse en las cuantías solicitadas en la demanda.

Finalmente, destacamos que no existe prueba del daño a la vida de relación; y, por tanto, de no acreditarse en el trámite probatorio del proceso, ninguna indemnización será procedente por esos rubros.

Así las cosas, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de uno de los elementos de la responsabilidad civil: el daño. En el remoto evento en el que se constate responsabilidad civil imputable al asegurado de **Chubb** en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de los mismos, con fundamento en la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

6. Improcedencia de una sentencia condenatoria

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos en este capítulo, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de los elementos de la Responsabilidad del Estado: el daño, la conducta culposa –o falla en el servicio- de los demandados y el nexo de causalidad.

En el remoto evento en el que se constate responsabilidad civil imputable a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

SECCIÓN 2: CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

I. A los hechos del llamamiento en garantía.

Al 1. Es cierto que entre la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad**, como tomador y asegurado, y Chubb Seguros Colombia S.A., como asegurador, se celebró un contrato de seguro de responsabilidad civil que se instrumentó en la póliza de responsabilidad civil profesional médica No. 12-46813, vigente entre el 04 de agosto de 2020 y el 03 de agosto de 2021.

En cuanto al objeto del amparo contratado, Chubb se atiene al contenido de la póliza mencionada, en cuyas condiciones particulares se anota:

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

Al 2. Es cierto que la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** es el asegurado en la póliza antes mencionada.

Al 3. Es cierto.

Al 4. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de actuación de Chubb, a esta no le consta que los hechos que motivan la demanda contra la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** hayan ocurrido entre el 22 de octubre y el 19 de noviembre de 2015, sin embargo ello parece ser cierto de conformidad con la demanda y los documentos que obran en el expediente.

Al 5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de actuación de Chubb, a esta no le consta que el señor **Pedro Pablo Pregonero González** haya presentado reclamación al HOSPITAL por intermedio de apoderado el 09 de octubre de 2020 mediante la citación a audiencia de conciliación prejudicial del Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación en las instalaciones del HOSPITAL. Sin embargo, de la documentación que obra en el expediente se desprende que el 09 de octubre de 2020 a las 15:32:40 se entregó a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** citación para la audiencia de Conciliación Extrajudicial en Derecho que por solicitud de **Pedro Pablo Pregonero González** se llevaría a cabo el 20 de octubre de 2020.

Al 6. Este numeral no contiene un hecho sino consideraciones subjetivas del apoderado de la llamante en garantía, sobre las cuales Chubb no tiene el deber de pronunciarse.

II. A las pretensiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de **Chubb**, solicito al Despacho dar estricta aplicación al contrato de seguro celebrado entre la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** como tomador y asegurado, y **Chubb** como asegurador, instrumentado en la póliza No. 12-46813.

En consecuencia, en el remoto evento en que la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** llegare a ser condenada a indemnizar a los demandantes, solicito se observen los términos del contrato de seguro instrumentado en la póliza No. 12-46813 y tener en cuenta lo siguiente:

- a. La póliza que sirve de fundamento al presente llamamiento en garantía, las normas legales (artículo 1127 a 1133 del Código de Comercio Colombiano) y los principios generales de los seguros de daños, describen de manera precisa los amparos, coberturas y límites dentro de los cuales opera la Póliza No. 12-46813 contratada con **Chubb**. En consecuencia, le solicito, señor Juez, dar aplicación estricta a las definiciones y descripciones de amparos y coberturas antes mencionados.
- b. Las pólizas de seguro que fundamentan este llamamiento en garantía y el Código de Comercio Colombiano, contemplan exclusiones convencionales y legales de la cobertura. En caso de encontrarse probado en el proceso un hecho que constituya una exclusión convencional o legal, solicito al Despacho declararla probada.

III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía.

Además de las defensas y excepciones planteadas al dar respuesta a los hechos del llamamiento en garantía y de las que resulten probadas en el proceso, que deben ser declaradas de oficio por el Despacho de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, propongo desde ahora las siguientes:

1. Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas de la póliza No. 12-46813, por ausencia de responsabilidad imputable a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad

La Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-46813 tiene por objeto el amparo de los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales, siempre que el reclamo en contra del asegurado se formule dentro del período de vigencia de la póliza y obedezca a hechos ocurridos dentro del período de retroactividad. En efecto, en las condiciones particulares de la póliza, se describe el riesgo así:

“Cobertura Básica

“Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas

“Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

“La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados,

bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

“Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.”

Ahora bien, por acto médico erróneo, debemos entender “... cualquier Acto Médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Profesionales prestados por el Asegurado y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del Asegurado.” (Ver cláusula 26, literal b, de las condiciones generales de la póliza).

Partiendo de las anteriores definiciones de la póliza, debe advertirse que los hechos en que se fundamenta la demanda instaurada por el señor **Pedro Pablo Pregonero González**, en contra de la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** no constituyen un siniestro cubierto bajo la póliza mencionada, por los siguientes motivos:

- a. El artículo 1056 del Código de Comercio le permite a la aseguradora elegir libremente cuáles de los riesgos a los cuales se encuentra expuesto el patrimonio del asegurado desea asumir, y en qué condiciones.
- b. En este sentido, a través de la póliza en comento se pretende amparar únicamente los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por actos médicos durante la prestación de sus servicios profesionales.
- c. No obstante lo anterior, en el caso que nos ocupa, de los argumentos desarrollados por la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** en su escrito de contestación a la demanda y de los documentos que obran en el proceso se deduce, sin duda alguna, que ninguno de los perjuicios que afirma haber sufrido el demandante y sus familiares, fue causado por las acciones u omisiones culposas de la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad**.
- d. Por tanto, al no existir responsabilidad en cabeza de la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** en calidad de asegurado, no se ha realizado el riesgo cubierto bajo la Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-46813 y por tanto, no ha nacido ninguna obligación en cabeza de la aseguradora que represento.

En conclusión, la Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-46813 no se encuentra llamada a cubrir las pérdidas que han dado origen a la demanda instaurada por el señor **Pedro Pablo Pregonero González**.

2. Valores asegurados y deducibles aplicables.

En el remoto evento de que llegue a considerarse que hay lugar a condenar a **Chubb** a reembolsarle a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** las sumas de dinero que esta deba pagarles a los demandantes, el Despacho deberá tener en cuenta las condiciones pactadas en la póliza invocada.

Ahora bien, en relación con el amparo básico de responsabilidad civil médica de la póliza No. 12-46813, deberá tenerse en cuenta que:

2.1. Los valores asegurados comprenden por **Gastos Legales** el sublímite de \$100.000.000 y \$250.000.000 en el agregado anual bajo esta póliza.

2.2. Ante una eventual condena a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** donde además se le ordene a **Chubb** reembolsarle lo pagado al demandante, la entidad deberá asumir en cualquier caso una porción de la condena a título de deducible.

2.3. Deberán tenerse en cuenta además otros siniestros que hayan dado lugar a pagos por parte de **Chubb** con cargo a la misma vigencia de la póliza que se afecte con el presente reclamo, pues con ello se reduce la suma asegurada.

SECCIÓN 3: SOLICITUD DE PRUEBAS

Solicito respetuosamente al Juzgado decretar la práctica de las pruebas señaladas a continuación. Igualmente, manifiesto al Despacho que me reservo el derecho de intervenir en la práctica y contradicción de las pruebas solicitadas por las demás partes del proceso, así como en aquellas decretadas de oficio por el Despacho:

1. Interrogatorio de parte

Solicito al Despacho citar en audiencia a efectos de absolver el interrogatorio de parte que les formularé en audiencia o por escrito al demandante.

2. Documental.

Aporto el documento que contiene la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 12-46813, así como sus condiciones generales y particulares para que sea tenido como prueba en el proceso.

3. Ratificación de documentos.

Manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de todos los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, aportados por la parte demandante. En consecuencia, de conformidad con art. 262 del C.G.P., solicito respetuosamente al Despacho imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación.

Igualmente, manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, que sean aportados por la parte demandante en alguna futura oportunidad procesal, solicitándole respetuosamente, de conformidad con lo dispuesto en el ya citado artículo 262 del C.G.P., imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación.

4. Solicitud de pruebas de Corporación Hospitalaria Juan Ciudad

Solicito que también se decreten como pruebas de Chubb los testimonios solicitados en la contestación a la demanda por parte de Corporación Hospitalaria Juan Ciudad.

SECCIÓN 4: ANEXOS

Se adjuntan los documentos anunciados en el capítulo de pruebas.

El poder para actuar conferido por Chubb Seguros Colombia S.A. a la sociedad de servicios jurídicos Restrepo & Villa Abogados S.A.S., el certificado de existencia y representación legal de Chubb Seguros Colombia S.A., y el certificado de existencia y representación legal de Restrepo & Villa Abogados S.A.S. ya obran en el expediente.

SECCIÓN 5: DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

Chubb Seguros Colombia S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71 – 21 Torre B, Piso 7, de la ciudad de Bogotá D.C.

La suscrita apoderada recibirá notificaciones en la Calle 18 B Sur No. 38 - 54, en Medellín, y en los correos electrónicos avilla@restrepovilla.com ; lrestrepo@restrepovilla.com y ctrujillo@restrepovilla.com

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Laura Restrepo Madrid'.

Laura Restrepo Madrid

C.C. 43.626.317

T.P. 99.671 del C. S. de la J.

Póliza Ant.:

Ramo			Operación				Póliza		Anexo		Referencia					
12 RESPONSABILIDAD			02 Renovacion				46813		0		12004681300000					
Sucursal			Vigencia del Seguro										Fecha de Emisión			
			Desde	Año	Mes	Día	Hora	Hasta	Año	Mes	Día	Hora				
03 BOGOTA				2020	08	04	00		2021	08	03	24		2020	09	01
Tomador	CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD										C.C. O NIT	9002109816				
Dirección	CRA 52 64 A 07										Ciudad	BOGOTA				
Asegurado	CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD										C.C. O NIT	9002109816				
Dirección	CRA 52 64 A 07										Ciudad	BOGOTA				
Beneficiario	TERCEROS AFECTADOS										C.C. O NIT	11111				
Dirección	ND										Ciudad	-				
Intermediario																
30352 AON RISK COLOMBIA S. A.							9,20									

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

RENUEVA POLIZA NRO. 0040847

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGÚN COMUNICACIÓN DEL BROKER SE RENUEVA LA PRESENTE PÓLIZA. FORMA DE PAGO: UN PAGO EQUIVALENTE AL 50% DEL VALOR DE LA PRIMA + IVA AL MOMENTO DE LA EMISIÓN, Y UN SEGUNDO PAGO DEL 50% RESTANTE A LOS 180 DÍAS EMISIÓN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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

Valor Prima	654.100.000,00	\$COP
Gastos Exped.	0,00	\$COP
I.V.A.	124.279.000,00	\$COP
Total a Pagar	778.379.000,00	\$COP

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

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com



Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

Hoja Matriz de: OTROS										
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.				
RESPONSABILIDAD CIVIL	12	02	46813		0					
Operacion:RENOVACION					1 OPERACION ORIGINAL					
T.Pol.	Periodo	T. Seg.	T.Neg.	1	Mod. Seguro	0	CON:			
			COMERCIAL		EXTRA CONTRACTUA					
Forma Lucro	Coaseg.	Periodo	Poliza	Pol.Rel/Autor						
Cesante	Pactado	%Indemn.	Meses	Acomod. N	00/					
Negocio 40		No Jumbo								
Departamento....: CUNDINAMARCA					Cod.....:	03				
Sucursal.....: BOGOTA					Cod.....:	03				
NombAON RISK COLOMBIA S. A.					Cod. Agente.....:	3-0352				
					Cods.Agente...:	% / 9.20%				
Tomador.....: CORPORACIÓN HOSPITAL ARIA JUAN					Nit. CC.....:	9002109816				
Direccion.....: CRA 52 64 A 07					Ciudad.....:	BOGOTA				
Asegurado.....: CORPORACIÓN HOSPITAL ARIA JUAN					Nit. CC.....:	9002109816				
Direccion.....: CRA 52 64 A 07						BOGOTA				
Beneficiario....: TERCEROS AFECTADOS					Nit. CC.....:	11111				
Direccion.....: ND						-				
Moneda.....: PESOS					Cod.....:	00				
Tipo de Cambio...										
VIGENCIAS: POLIZA					DOCUMENTO	Calculo: 2=Corto Pl.				
Ter Dias Emision Desde Hasta					Desde Hasta	Prima 3=Prorrata				
12 364 20200901 20200804 20210803					20200804 20210803	3 4=Especial				
Tipo de Negocio..					Sin Coaseguro	%				
ó Aceptacion....:										
Coaseguros.....:					Poliza Lider	Doc Lider				
Aceptados					% Participacion	%				
Nro.	Bien	Cod	Des	Descripcion del Riesgo:			Suma A/da. Anual			
de	A. o	de	cr.				Decl	Ram	Dias	Lim.Max.Asegurado
Rsgo	Tray	Amp	Amp	Bien Asegurado			arac	Esp	Lucro	Lim.Max.Despacho.
001	001	44	MDM	UTILIDAD BRUTA			N	12		3000.000.000,00
TOTAL VALORES										3.000.000.000,00
Des	Vlr.A/ble/*	Valor	Su	Tasa	Valor	* Deducibles *				
Amp	Valor Base*	Despacho	ma	Basica	Prima	% Valor				
MDM	3000.000.000,00		S	0,000	654.100.000,00	0,000				
TO	3.000.000.000,00				654.100.000,00	... TOTALES				

Hoja Matriz de: OTROS

Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	12	02	46813		0	

Operacion:RENOVACION

1 OPERACION ORIGINAL

 Continuation de la pagina Anterior
 =====

Nro. Rsgo	Direccion riesgo	/	Desc. Actividad	Codigo Ubica.	Codigo Ocupac.	Grupo Const	Clasi fica.
-----------	------------------	---	-----------------	---------------	----------------	-------------	-------------

001	CRA 52 64A 07		OTROS		7011		
===== COASEGUROS CEDIDOS =====							

 Clausulas y Textos:

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

FORMA DE PAGO: UN PAGO EQUIVALENTE AL 50% DEL VALOR DE LA PRIMA + IVA AL MOMENTO DE LA EMISIÓN, Y UN SEGUNDO PAGO DEL 50% RESTANTE A LOS 180 DÍAS EMISIÓN.

Confirmamos por medio del presente la cesión facultativa aceptada por ustedes, de acuerdo a los terminos y condiciones detallados a continuación.

We hereby confirm the Facultative cession accepted by you in accordance with the terms and conditions, as follows:

Certificado N°	:	GCP/ 12-00000
Asegurado	:	CORPORACIÓN HOSPITAL ARIA JUAN CIUDAD
<i>Insured</i>		
Codigo Multinacional	:	Rcc Treaty
<i>Multinational Code</i>		
Poliza Local No.	:	0046813
<i>Local Policy No.</i>		
Endoso No.	:	00000
<i>Endorsement No.</i>		
Ubicación	:	CRA 52 64 A 07 BOGOTA
<i>Location</i>		
Ramo	:	RESPONSABILIDAD
<i>Line of Bussines</i>		
Vigencia	:	2020/08/04 a 2021/08/03
<i>Policy Term</i>		
Bienes Asegurados	:	
<i>Insured Properties</i>		
Moneda	:	PESOS
<i>Currency</i>		
Suma Asegurada Total	:	3,000,000,000.00
<i>Insured Amount</i>		
Prima Total	:	654.100.000,00
<i>Premium</i>		
Su Participación Suma	:	3,000,000,000.00
<i>Your Share Sum</i>		
Su Participación Prima	:	654.100.000,00
<i>Your Share Premium</i>		
Reserva de Primas	:	
<i>Premium Reserve</i>		
Comisión	:	
<i>Commission</i>		
Saldo Neto	:	654.100.000,00
<i>Net Balance</i>		
Observaciones	:	CONTRATO
<i>Observations</i>		RENOVACION

Los demás términos y condiciones se muestran en documento adjunto, mismo que deberán revisar y, en caso de estar conformes, devolver copia firmada del presente.

The other terms and conditions are shown in attached document, which you should revise and return signed copy as acceptance confirmation.

Santa Fe de Bogotá 01 de SEPTIEMBRE de 2020

Reasegurador
Reinsurer

Cedente
Cedent

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "A"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0046813	00000	12-00000	02 RENOVACION	0040847

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia
00		2020/09/01	2020/08/04 A 2021/08/03

Asegurado

09002109816-CORPORACIÓNHOSPITAL ARIA JUAN CIUDAD

Reasegurador	Broker
-	

Línea de Negocio	Multinational	RCC	Treaty
7 *****			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	% Cedido	Suma Cedida	Prima Cedida	Comisión	% Comisión	Reserva	% Reserva
12	MEDICAL		3000,000,000.00	654,100,000.00				
		SUBTOTAL	3000,000,000.00	654,100,000.00				

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "B"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0046813	00000	12-00000	02 RENOVACION	0040847

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia
00 PESOS		2020/09/01	2020/08/04 A 2021/08/03

Asegurado
09002109816-CORPORACIÓN HOSPITAL ARIA JUAN CIUDAD

Reasegurador	Broker

Línea de Negocio	Multinational	RCC	Treaty
7 *****			

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	Distribución de Suma	Distrib. de Prima	Comisión	Reserva	Total
RETENIDO						
12	MEDICAL	3000,000,000.00	654,100,000.00			654,100,000.00
		3000,000,000.00	654,100,000.00			654,100,000.00
		3000,000,000.00	654,100,000.00			654,100,000.00

12 - 12

REA031

Endoso . . .	Ref
--------------	-----

Totales



PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/46813	0	1
CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD		

Tomador:	CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
Asegurado:	CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
Vigencia:	A partir del 4 de Agosto del 2020 a las 00:00 horas hasta el 3 de Agosto de 2021 a las 24:00 horas.
Interés:	Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitación Territorial:	Colombia
Jurisdicción:	Colombia
Modalidad de Cobertura:	Claims Made
Retroactividad:	1 de mayo de 2008
Fecha de Antigüedad:	4 de agosto de 2019

Condiciones Económicas (Opciones)

Cop \$3.000.000.000	12.5% mínimo COP \$100.000.000 de todos y cada uno de los reclamos	COP\$ 654.100.000

Cobertura Básica

➤ Cobertura de Responsabilidad Civil Para Instituciones Médicas

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Básicas

--	--

Cobertura para cirugías reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

Exclusiones Adicionales

El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a:

- Actos médicos respecto de cirugías bariátricas.
- Reclamos presentados por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.
- Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.
- Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.
- Exclusión de Enfermedad Transmisible

El **Asegurador** no será responsable de realizar ningún pago por cualquier **Reclamación, Daños o Gastos Legales** u otro asunto cubierto bajo esta Póliza [no tendrá ninguna responsabilidad de realizar pago alguno bajo esta Póliza] causado directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con cualquier **Enfermedad Transmisible**.

Para propósitos de este endoso, **Enfermedad Transmisible** hace referencia a:

- 1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
- 2) Neumonía atípica o cualquier cepa de la misma;

Todos los demás términos y condiciones permanecen sin cambios.

Esta exclusión no será aplicable si el hecho causante del daño reclamado es la mala praxis o negligencia médica, mas no la consecuencia natural de la enfermedad.

Condiciones Adicionales

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

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/46813	0	3
CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD		

- Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
- Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 1 de mayo de 2008.
- Fecha de Reconocimiento de antigüedad: 4 de agosto de 2019.
- **Gastos Legales.** Sublímite COP \$100.000.000 evento, COP \$250.000.000 en el agregado anual.
- Se incluye como **asegurado** adicional a NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA E.P.S. S.A. única y exclusivamente en lo relacionado al contrato suscrito con NUEVA EPS.
- PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.
- Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 30/06/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I 30/06/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041

Participación CHUBB:

100% de la anterior Suma Asegurada y prima

Términos de Pago de Prima:

Un pago equivalente al 50% del valor de la prima + Iva al momento de la emisión, y un segundo pago del 50% restante a los 180 días emisión. (Formalizado con convenio de pago firmado por los Rep Legal de las dos partes)

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

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

CHUBB®

ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

30/06/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I

30/06/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEGo41

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

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

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

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

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

2. COBERTURAS ADICIONALES

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

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

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

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

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

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

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

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

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

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

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

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

- I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA
- II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

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

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

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

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

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

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

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

3.11. CONTAMINACIÓN

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

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

3.12. DISCRIMINACIÓN

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

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

3.13. ASBESTOS

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

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

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

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

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

3.16. HONORARIOS

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

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

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

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

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

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

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

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

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

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

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

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

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

3.25. CAMBIO DE SEXO

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

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

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

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

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

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

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

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

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

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

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

3.34. FALLOS DE TUTELA

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

3.35. EVENTO CIBERNETICO

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

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

- A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.
- B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.
- C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,
- D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.37 CONDUCTA SEXUAL

CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO, CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

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

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños, Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados, Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

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

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

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

5. DEDUCIBLE

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

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

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

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

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

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

- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;
- IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

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

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

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

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

6.3 DEFENSA

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

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

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

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

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

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

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al

Asegurador o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

7. DISTRIBUCIÓN.

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

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

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

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

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

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

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

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

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

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

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

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

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

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

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

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

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

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

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

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

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

Asegurador puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

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

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

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

16. CESIÓN

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

17. PAGO DE PRIMAS

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

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

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

19. DELIMITACION TEMPORAL

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

20. RENOVACION

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

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

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

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

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

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

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

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

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

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

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

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

25. GARANTIAS

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

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

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epícrisis y cierre de la historia clínica.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)
- e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:
 - Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
 - Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
 - Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.
 - Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación

(deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

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

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

b. Acto Médico Erróneo

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

c. Asegurado

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

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

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

f. Gastos Legales

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

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

g. Daños

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

Daños no comprende:

- a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.
- b. Daños punitivos y ejemplarizantes.
- c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,
- d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

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

i. Datos Personales

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

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red
- b. Uso no autorizado de una red informática

- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

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

l. Periodo Contractual

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

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

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

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

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

o. Reclamación

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

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

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

p. Reconocimiento de Antigüedad

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

q. Servicios Profesionales

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

r. Tomador

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

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.
Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
Bogotá D.C., Colombia.
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164
Fax: (571) 6108164
e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

Tenemos el agrado de informarle que mediante Resolución No. 1173 del 16 de septiembre del presente año, la Superintendencia Financiera de Colombia aprobó la fusión entre ACE Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., y a partir del 01 de noviembre somos Chubb Seguros Colombia S.A., identificada con el NIT: 860.026.518-6, entidad que de ahora en adelante asumirá sus riesgos.

El grupo Chubb se transformó en el conglomerado de empresas de seguros de propiedad y responsabilidad civil más grande del mundo que cotiza en bolsa, desde que se completó el proceso de adquisición en enero de este año.

Chubb, se distingue por su amplia oferta de productos y servicios, excepcional fortaleza financiera, suscripción superior y atención de siniestros.

Pensando en su comodidad, la compañía ha habilitado los siguientes canales de pago:

Internet

Opción 1: PSE

Pago a través de Servicio de pagos en Línea - PSE. En PSE usted podrá realizar el pago (total o parcial /cuotas) de sus pólizas o endosos, debitando el valor de cualquier entidad financiera donde tenga la cuenta corriente o de ahorros.

Ingresa a www.chubb.com/co/
Servicios en Línea / Pagos en Línea.

Los pagos con tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Diners y American Express) se realizarán a través de este medio (Servicio de pagos en línea - PSE).

Opción 2: PORTAL BANCOLOMBIA

Pago a través de Portal Bancario BANCOLOMBIA, en el cual usted podrá realizar el pago de sus pólizas o endosos, siempre y cuando el pago lo vaya a realizar de una cuenta corriente o de ahorros de esta entidad financiera.

Ingresa a www.grupobancolombia.com

Bancos

Opción 1: TRANSFERENCIA

ELECTRÓNICA a:

BANCOLOMBIA Cta. Corriente

048-026518-07 CITIBANK

Cta. Ahorros #

5019884025 DAVIVIENDA Cta.

Corriente # 5169-90066

Incluir en el campo "Descripción" o su **equivalente los datos de: Ramo, número de póliza y certificado.**

Opción 2: Consignación en cheque o efectivo en CUENTAS CONVENIO:

BANCOLOMBIA Convenio 7178

CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025

También puede realizar pagos en efectivo

(máximo \$ 1.000.000) en cualquier punto de la red "Vía Baloto", citando la Cta. Ahorros #

5019884025 de CITIBANK.

En caso de realizar su pago utilizando cualquiera de las alternativas de la Opción 2, incluya en el campo "Detalle" o "Referencia de pago" del comprobante de consignación: **el ramo, número de póliza y certificado.** Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

Envíe comprobante de consignación a:
pagos.clientes@chubb.com



Pago Codigo de Barras "Cupon de Pagos"	Financiación
Realice su pago con Código de Barras, en cheque o efectivo, en cualquiera de los siguientes bancos: • Banco de Occidente Bancolombia • Banco Davivienda Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6. También, realice sus pagos presentando el Código de Barras y sólo en efectivo, en todas las cajas de los almacenes del Grupo Exito (Exito, Carulla, Surtimax, Pomona y HomeArt).	Las siguientes entidades ofrecen el servicio de financiación de primas de seguros de Chubb: - Credivalores S.A. - Finesa S.A. - Banco Pichincha S.A. - Servifin La financiación de primas de seguros que un tomador realice sobre los productos de Chubb Seguros Colombia S.A., se realiza directamente por acuerdo expreso del tomador de la póliza y la entidad financiera, por lo cual Chubb Seguros Colombia S.A. no se hace responsable por el servicio prestado por estas entidades.

IMPORTANTE: Cuando el Tomador y/o Asegurado realice pagos a través de terceros por él contratados como fiduciarias, carteras colectivas, corredores de bolsa, casa matriz, etc., deberá enviar soporte del pago a Chubb Seguros Colombia S.A. al correo electrónico pagos.clientes@chubb.com y a su intermediario de seguros.

Descubra el nuevo Chubb en chubb.com/co