

Señor

JUEZ DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE MEDELLÍN

E.

S.

D.

01M3J 7FEB'20 3:31

60

ASUNTO : CONTESTACION LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
PROCESO : VERBAL
DEMANDANTE : AURA ESTHER CUESTA MOSQUERA Y OTROS
DEMANDADO : HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE Y OTROS
LLAMADO EN GTIA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
RADICADO : 05001 3103 010 2019 - 00272 00

Actúo como apoderado judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** y en tal virtud doy respuesta al llamamiento en garantía formulado a mi representada por el **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE**, así como a la demanda en los siguientes términos.

AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA QUE LE FORMULA EL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

A LOS HECHOS:

AL 1: En este numeral se realizan varias afirmaciones hechos, por lo tanto, se responderá así:

Es cierto, conforme a la **HISTORIA CLÍNICA** que reposa en el proceso que la señora **AURA ESTHER CUESTA** ingresó el 13 de noviembre de 2013 a las instalaciones del **HOSPITAL PABLO TOBON URIBE**.

Frente a la atención dispensada por el **HOSPITAL PABLO TOBON URIBE** a la paciente en la medida que mi representada no participó de las atenciones brindadas, nos remitimos al tenor literal de la historia clínica y a lo claramente indicado sobre el particular en la respuesta a la demanda del **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE**.

AL 2: No le constan a mi representada las atenciones prestadas a la señora **AURA ESTHER CUESTA** entre enero y agosto de 2014 en el **HOSPITAL PABLO TOBON URIBE**, mucho menos los profesionales que la ejecutaron, ni los tratamientos suministrados; al respecto nos remitimos al tenor literal de la historia clínica.

AL 3: No le consta a mi representada los medicamentos que se le suministraron a la señora **AURA ESTHER CUESTA** con ocasión de su dolor, ni la finalidad de los mismos; al respecto nos remitimos al tenor literal de la historia clínica.

AL 4: No le constan a mi representada los efectos que se pudieron presentar en la paciente por el suministro del medicamento denominado DULOXETINA, ni el criterio de los galenos para ordenarlo nuevamente; al respecto nos remitimos al tenor literal de la historia clínica.

AL 5: No le constan a mi representada las atenciones brindadas por el HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE a la señora AURA ESTHER CUESTA entre agosto de 2014 y septiembre de 2018, ni las especialidades que la atendieron.

Sin embargo, conforme a la HISTORIA CLÍNICA, es cierto que las patologías psiquiátricas padecidas por la paciente fueron tratadas en otra institución.

AL 6: Es cierto, que la señora AURA ESTHER CUESTA interpuso demanda en contra del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, aduciendo que no se le brindó un tratamiento adecuado para su dolor, pues con ocasión del suministro del medicamento denominado DULOXETINA esta fue diagnosticada en otra institución con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).

AL 7: Es cierto así se desprende de la contestación realizada por el llamante en garantía.

LA PÓLIZA DE PREVISORA SEGUROS S.A.

AL 8: En este numeral se relacionan diferentes hechos, por lo tanto, se responde de manera separada, así:

Entre LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y el HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, se celebró contrato de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales, contenido en la póliza número 1006462. Por lo tanto nos atenemos a sus condiciones particulares y generales especialmente en lo relativo a vigencia, amparos, coberturas, deducibles y exclusiones pactadas.

Es cierto que el seguro fue contratado y renovado para múltiples vigencias, no obstante, el mismo se encuentra sometido al sistema de cobertura "CLAIMS MADE o Reclamación", modalidad conforme la cual se cubren **las reclamaciones** presentadas por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza.

Conforme a los medios de prueba que hasta el momento obran en el expediente, se tiene que la primera reclamación formulada al asegurado corresponde al **21 de febrero de 2019**, fecha de la radicación de la solicitud de conciliación prejudicial; por lo que la única vigencia susceptible de análisis de cobertura será la comprendida entre el 30/04/2018 y el 28/02/2019.

Es cierto que para el amparo de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales se pactó como límite máximo de valor asegurado la suma de \$ 5.000.000.000.

Reiteramos que nos atenemos a las condiciones generales y particulares del contrato de seguro, en especial en cuanto a coberturas, amparos, valores asegurados, exclusiones y deducibles pactados.

AL 9: En este numeral se realizan varias afirmaciones que se responden, así:

Es cierto que el contrato de seguro se encuentra sometido al sistema de cobertura "CLAIMS MADE o Reclamación", modalidad conforme la cual se cubren **las reclamaciones** presentadas por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza.

Es cierto que el contrato de seguro cuenta con una cláusula de retroactividad por eventos no conocidos, no obstante, conforme a la póliza, los mismos no deben ser anteriores al 1 de enero de 2004 y no al 24 de enero como lo indica el llamante en garantía.

AL 10: Desconocemos que la primera reclamación formulada por la víctima al asegurado haya tenido lugar el 18 de octubre de 2018, pues en la constancia de no acuerdo obrante en el expediente, expresamente se indica que esta fue presentada por los demandantes el día **21 de febrero de 2019**, razón por la cual la única vigencia susceptible de análisis será la comprendida entre el 30/04/2018 y el 28/02/2019.

Ahora, no basta el análisis temporal para que surja la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora, ni siquiera basta la condena en responsabilidad al asegurado, se requiere además que exista cobertura del evento concreto en las condiciones generales y particulares de los contratos de seguro celebrados.

Se advierte que la pretensión revérsica es necesariamente de reembolso, en consecuencia, el asegurador solo estará obligado a reembolsar al asegurado lo que este hubiere pagado con ocasión de la sentencia condenatoria en su contra y siempre en el marco contractual de coberturas y exclusiones pactadas.

OPOSICIÓN FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO:

Solicito que en el momento de entrar a resolver sobre la relación contractual que existe entre **EL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE** y **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, se circunscriba a los términos, condiciones y exclusiones de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales número 1006462, que se pruebe en el proceso, vigente al momento de hacérsele la reclamación prejudicial, - **21 de febrero de 2019**-, y, siempre y cuando el asegurado haya cumplido a cabalidad sus obligaciones, no haya violado prohibiciones que le imponen el contrato y la ley, y no se encuentre en alguna de las exclusiones previstas en las condiciones generales y particulares del contrato.

La vigencia aplicable la vigente al momento de la reclamación, pues el contrato de seguro se pactó con el sistema de cobertura CLAIMS

MADE, por lo tanto, en el evento de una condena en contra de la entidad asegurada, la relación deberá resolverse con fundamento en la vigencia comprendida entre el 30/04/2018 al 28/02/2019.

➤ **LIMITE DE VALOR ASEGURADO:**

Ahora, en caso de considerarse responsable a la entidad llamante en garantía y que las pretensiones del llamamiento en garantía prosperen bajo los presupuestos de la póliza número **1006462**, el juez deberá sujetarse a lo consagrado en el contrato de seguro y a la normatividad vigente, en especial al artículo 1079 del Código de Comercio, pues el asegurador solo está obligado a responder hasta concurrencia de la suma asegurada.

De acuerdo con las condiciones generales y particulares de la Póliza Nro. 1006462 vigente para la fecha de reclamación, el límite de valor asegurado es de \$ 5.000.000.000.oo.

Precisamos que en caso de que la vigencia señalada en este numeral ya se encuentre afectada por otros eventos, en el marco de una sentencia condenatoria para el asegurado y prosperidad de la citación en garantía, deberá tenerse en cuenta que el valor asegurado se aplicará a los eventos reclamados y reservados con anterioridad al reclamado con ocasión de este llamamiento en garantía, y siempre hasta el agotamiento de la suma asegurada.

Lo anterior en razón a que el contrato de seguro celebrado no otorgó restablecimiento automático de valor asegurado.

• **VALOR ASEGURADO POR CONCEPTO DE DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES.**

De conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la eventual condena a título de daños extrapatrimoniales en contra de nuestro asegurado tiene un límite de valor asegurado que asciende a \$ 5.000.000.000.oo.

DEDUCIBLE:

En el evento de prosperar la pretensión revérsica, se debe aplicar como límites a la obligación de mi poderdante los deducibles pactados como parte de la pérdida que debe asumir el asegurado.

El deducible es la suma que invariablemente se descuenta del monto de la pérdida indemnizable y que siempre queda a cargo del asegurado o beneficiario.

Para el amparo básico de responsabilidad civil, así como para el amparo de daños extrapatrimoniales se estableció un deducible para cada uno de 15% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000.

A LA DEMANDA PRINCIPAL:**FRENTE A LOS HECHOS:**

No nos constan los hechos relacionados en la demanda, en consecuencia, la parte pretensora deberá probarlos plenamente.

Deberá tenerse en cuenta que mi representada es vinculada al presente proceso con ocasión de la expedición de la póliza número 1006462 y no por haber sido parte activa en los hechos objeto de la presente demanda.

De lo manifestado en la demanda y de la contestación dada a la misma por parte del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, sin lugar a dudas se puede concluir que en el caso concreto las pretensiones de la parte actora carecen de fundamento, en la medida que las atenciones médicas dispensadas a la paciente AURA ESTHER CUESTA, se ajustaron a la Lex Artis Ad-hoc.

Tal como quedó consignado en la historia clínica, la señora AURA ESTHER CUESTA MOSQUERA recibió por parte del personal médico del HOSPITAL PABLO TOBON URIBE, todas las atenciones que requirió conforme al cuadro clínico que presentó desde su ingreso; EL HOSPITAL puso a su disposición todo el recurso humano y tecnológico con que contaba, tal como consta en la historia clínica, la paciente fue atendida en múltiples ocasiones por ortopedistas, fisiatras, especialistas en columna y en clínica del dolor, asimismo se le practicaron ayudas diagnosticas como resonancia magnética y electromiografía; dado que la paciente no evidenciaba mejoría de su cuadro clínico de dolor lumbar, se le practicaron 3 bloqueos lumbares y medicamentos de varios tipos en un tratamiento multimodal, en consecuencia, tal como concluyen los profesionales del CENDES en su dictamen, haber ordenado DULOXETINA era lo indicado conforme a las guías internacionales para el manejo del dolor.

Conforme a lo anterior, para el caso en concreto el HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE empleó una adecuada praxis médica.

FRENTE LAS PRETENSIONES:

De acuerdo a la respuesta a la demanda de nuestro asegurado, me opongo a todas y cada una de las declaraciones y condenas que solicita la parte pretensora, en razón a que no se estructura responsabilidad jurídica imputable al **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE**.

No existe culpa imputable al Hospital en las atenciones, diagnósticos y procedimientos realizados a la señora AURA ESTHER CUESTA, ya que los mismos fueron oportunos, adecuados y ajustados a los protocolos médicos, y a lo que la "Lex artis" consagra.

Conforme se desprende de la historia clínica no existe una falla en la prestación del servicio de salud por parte del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE que explique la muerte de la paciente.

Ahora, es claro que conforme a lo manifestado por la paciente en el interrogatorio realizado por los galenos, esta no contaba con antecedentes psiquiátricos y mucho menos indicios que evidenciaron que el medicamento DULOXETINA le estuviera contraindicado, así las cosas no puede desconocerse que el HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE ordenó el medicamento antes mencionado una vez agotó todas las opciones de tratamiento descritas en las guías y protocolos médicos para el manejo del dolor, luego, el HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE no incurrió en falla alguna por suministrar el aludido medicamento, pues la literatura médica no dispone de ninguna ayuda diagnóstica previa que permita predecir que el medicamento va a generar una reacción adversa en un paciente, tal como lo indicaron los peritos adscritos al CENDES para iniciar el suministro de DULOXETINA los requerimientos son clínicos y no paraclínicos, y tal como ya se indicó, el medicamento no estaba contraindicado para la paciente y la misma no presentó ninguna alergia con ocasión de su uso.

Es claro que EL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE realizó todo lo que se encontraba a su alcance para tratar de manera adecuada el dolor lumbar que padecía la paciente, no obstante, tal como puede evidenciarse en el dictamen aportado por el asegurado, no puede atribuirse el uso de DULOXETINA en la paciente como única causa del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) que esta presentó, pues dicha enfermedad es un fenómeno multicausal dado por la combinación de una predisposición genética y factores ambientales, ninguna es una causa directa; igualmente si dicho trastorno se hubiese presentado con ocasión del suministro de la DULOXETINA el mismo hubiese cesado posterior a la suspensión del medicamento, no obstante, es claro conforme a la historia clínica que dicha patología siguió su curso.

En consecuencia, será la parte pretensora quien tendrá que acreditar que existió una culpa imputable al personal médico del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE en la atención dispensada a la paciente AURA ESTHER CUESTA; **circunstancia que desde ya afirmamos no podrá demostrar, pues es evidente que la atención brindada a la paciente por nuestra asegurada fue la adecuada de acuerdo al cuadro crítico que la misma presentó en aquel momento.**

Compartimos completamente los argumentos expuestos por el HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE. **En consecuencia, luego de culminarse el trámite procesal debe absolverse a la asegurada y condenar en costas a la parte pretensora.**

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA PRINCIPAL

> INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE:

La responsabilidad que pretende atribuir la parte pretensora y que es objeto del presente debate, resulta ajena material y jurídicamente a la intervención o participación de los galenos adscritos al HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, pues la misma fue oportuna, diligente y ajustada a los protocolos y literatura médica, conforme a los signos y síntomas que presentó la señora AURA ESTHER CUESTA y sobre todo brindada con el personal idóneo.

Al momento de predicar la responsabilidad de una persona natural o jurídica, es indispensable verificar la presencia de los elementos constitutivos de la misma, es decir, el hecho ilícito, el daño y el nexo causal; en efecto, se puede afirmar que no existe obligación indemnizatoria a cargo de nuestro asegurado

y a favor de la pretensora, en razón a que no concurren los elementos necesarios para estructurar responsabilidad jurídica, veamos:

A. El Hecho Ilícito: Es conocido por todos que el hecho ilícito es uno de los elementos esenciales de la responsabilidad patrimonial del Estado, por lo tanto en el trámite del proceso la parte actora deberá demostrar un actuar imprudente de la entidad asegurada, de lo contrario las pretensiones de la demanda no deben prosperar.

Es claro que los galenos del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE en ningún momento realizaron o dejaron de realizar conducta alguna mediante la cual se pueda predicar de una u otra forma que fueran responsables de los perjuicios que se aducen en la demanda, pues el personal médico atendió oportuna y adecuadamente a la señora AURA ESTHER CUESTA, poniendo a su disposición el recurso tecnológico y el personal médico idóneo, es ostensible que a la paciente se le suministró el tratamiento adecuado para el dolor lumbar con que ingresó a las instalaciones del HOSPITAL y que el suministro del medicamento denominado DULOXETINA estaba indicado de conformidad con el manejo multimodal del dolor crónico que esta venía presentando durante 3 meses.

En este orden de ideas, las pretensiones de la demanda en contra del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE no deben prosperar, es claro que nuestro asegurado no incurrió en acción y/u omisión que fuera la causa de los perjuicios supuestamente causados.

• **DILIGENCIA Y CUIDADO:**

En medicina la obligación de los médicos es de medio y no de resultado, salvo algunas excepciones, los profesionales de la salud tendrán siempre la obligación de aplicar su conocimiento y su experiencia, así como la utilización de tecnologías que sean necesarias en la atención de sus pacientes; todo ello soportados en las normas, protocolos y principios que gobiernan su profesión, entendida como su "*Lex artis ad hoc*", la cual se entiende como los diferentes medios terapéuticos aceptados por la ciencia y literatura médica, las facultades de medicina, las sociedades científicas, los usos médicos reconocidos, la evidencia y en general por todo aquello que la medicina señala como indicado para lo que un paciente requiera en el caso concreto.

En este orden de ideas la conducta del médico es correcta si se adecúa a la "*Lex artis ad hoc*", es decir, si obra con total diligencia y cuidado, y será éste el punto sobre el cual se soporta la pretensión absolutoria de nuestro asegurado y por ende de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, concluyendo que el actuar del personal médico que atendió a la señora AURA ESTHER CUESTA fue íntegramente ajustado a la literatura médica, como quiera que se le brindaron todas las atenciones y tratamientos de manera oportuna, cuidadosa y diligente.

Es pertinente traer a colación, una sentencia dictada en Francia en el año 1.936 conocida como el fallo de "*Mercier*"¹, donde se señaló que el profesional de la salud no se obliga a curar al paciente sino a: "*... brindarle los cuidados, no cualesquiera, pero concienzudos, atentos y reserva hecha de circunstancias excepcionales, conforme a los datos adquiridos de la ciencia*".

Dicha tesis, tiene plena aplicación en el sistema jurídico colombiano, y se ha visto reflejada en diversos e importantes fallos; entre ellas, la sentencia

¹ FR. Cass, 20-III-1936.G --

dictada por la Corte Suprema de Justicia en 1.940 que ha marcado un hito, cuando sostuvo *"La responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa, sino que exige no solo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad de la culpa"*.

➤ **LA OBLIGACIÓN MÉDICA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO:**

Tal y como lo expusimos en el punto anterior, y siguiendo los lineamientos del Consejo de Estado, la obligación de los profesionales de la salud frente a sus pacientes, es una obligación de medio y no de resultado, ya que por la naturaleza misma de la obligación que contraen no pueden garantizar un resultado determinado.

Muy a pesar de ello, así se trate de una obligación de medio, tal y como lo hemos venido indicando, en determinados casos y frente a determinadas actuaciones, a los médicos les asiste unos resultados mínimos, como por ejemplo, atender pronta, responsable y diligentemente a sus pacientes, poniendo en ellos sus conocimientos, en aras del bienestar de los mismos, **obligaciones que en el caso concreto se cumplieron a cabalidad.**

Una de las innumerables razones para que los médicos en sus amplios conocimientos solo sean responsables por obligaciones de medio, y no de resultado, se debe a que su ejercicio profesional recae exclusivamente sobre el cuerpo humano, el cual es impredecible por su propia naturaleza y con reacciones diferentes frente a cada paciente, de allí que cada uno requiera una atención distinta, por más similares que sean los diagnósticos, luego no es posible determinar con antelación y certeza cuál será el resultado a obtener; por lo tanto, si llegáramos al absurdo de que los médicos tendrían que responder en todos los casos por un resultado determinado, ello conllevaría al desaparecimiento del ejercicio de la profesión médica, por el riesgo que su ejercicio traería consigo.

• **LA CULPA MÉDICA DEBE SER PROBADA:**

El régimen que gobierna el actuar del profesional de la salud es el de la culpa probada, lo que indica que siempre le corresponderá al paciente demostrar la culpa del galeno, demostrar que no fue diligente en su actuar, y que no atendió a los protocolos que la *"lex artis ad-hoc"* para determinada situación; por su parte el médico, puede exonerarse demostrando entre otros, que su actuar fue diligente y cuidadoso, ya que como se ha venido exponiendo, el médico solo tiene el deber de cuidado y atención, consistente en el empleo de acciones y conductas para el restablecimiento de la salud, sin tener que curar, solo tratar y procurar lo mejor para su paciente, utilizando todos sus medios, cuidados y conocimientos.

Del análisis de la demanda sólo se nota un afán desmedido de la parte pretensora en lograr unos beneficios económicos haciendo afirmaciones y juicios sin ningún soporte probatorio, olvidando que en nuestra legislación la culpa médica no se presume, sino que la misma debe ser probada.

Tal y como se indica en la contestación de la demanda y en la historia clínica de la señora AURA ESTHER CUESTA, la atención brindada por nuestro asegurado fue en todo momento inmediata, diligente y ajustada al cuadro clínico presentado, se le brindaron todos los tratamientos para el manejo del dolor de su afectación lumbar.

Aparece entonces, claramente demostrado que en este caso no existe responsabilidad jurídica que pueda estructurarse e imputarse a nuestro asegurado, en virtud de que no existió negligencia ni imprudencia en los actos y procedimientos médicos practicados a la paciente, pues se le atendió con personal idóneo y utilizando los métodos de diagnóstico adecuados y necesarios, se le brindó oportunamente la atención pertinente conforme a la sintomatología que presentaba, siempre los procedimientos y actos médicos estuvieron enmarcados en los protocolos y literatura médica según las condiciones propias de la paciente.

B. El Nexa Causal: La doctrina reiterada ha entendido por nexa causal, la relación que necesariamente debe existir entre un hecho y un daño; así que no basta en efecto con la existencia de un daño para que exista una imputabilidad material y jurídica, si dicho daño no es la consecuencia de un hecho ilícito.

Para que procedamos al análisis del nexa causal, debemos agotar primero la discusión de la existencia del hecho, y tal como lo venimos planteando, ni siquiera existe una acción u omisión por parte de las entidades, pues reiteramos que en todo momento se le brindaron los servicios requeridos a la paciente, atendiendo signos y síntomas conforme al nivel de complejidad.

En efecto, no existe ningún medio de prueba que permita afirmar con certeza que existió una conducta culposa por parte de los profesionales del HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE que pueda ser la causa de los daños que aduce la parte actora. Por el contrario, es claro que el TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB) no pudo haber sido generado por el suministro del medicamento denominado DULOXETINA, pues tal como lo indicaron los profesionales del CENDES en su experticia, esta enfermedad se presenta por la combinación de una predisposición genética que interactúa con factores ambientales, tales como eventos traumáticos que pudo haber sufrido la paciente; no está acreditado en el proceso que la patología aludida se haya presentado con ocasión del suministro del medicamento denominado DULOXETINA, pues si este hubiese tenido efectos adversos en la humanidad de la paciente con su suspensión los mismos hubieran desaparecido.

Así las cosas, no puede deducirse responsabilidad alguna en cabeza de nuestro asegurado, pues no se encuentra técnica y científicamente probado que el TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB) que presentó la paciente se haya dado con ocasión de suministro del medicamento denominado DULOXETINA, pues tal como lo indicaron los profesionales adscritos al CENDES en la respuesta número 19: *"...El personal médico de la institución se adhirió a los protocolos y guías nacionales e internacionales de dolor, utilizando medicamentos de primera y segunda línea, no hubo errores previsibles en el manejo instaurado."*

Por todo lo aquí indicado y ante la falta de elementos que permitan deducir una responsabilidad patrimonial de las entidades demandadas, es claro que las pretensiones de la demanda no deben prosperar.

El Daño: La doctrina de manera reiterada ha sostenido que el daño civilmente indemnizable es aquel con el que se produce menoscabo a las facultades jurídicas que tiene una persona para disfrutar un bien patrimonial o extrapatrimonial, y que se debe proceder a indemnizarlo cuando es causado de forma ilícita (culpa o dolo) por alguien diferente de la víctima.

Frente al caso que nos ocupa, es importante resaltar que el supuesto daño que aduce la parte pretensora no está probado con certeza en su existencia y extensión, no existe certeza del daño y de los perjuicios extrapatrimoniales

afirmados, se trata de simples afirmaciones que no se sustentan con el material probatorio aportado.

➤ **INDEBIDA Y EXAGERADA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS ADUCIDOS:**

• **CON RELACIÓN A LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES:**

Encontramos desenfocada y por fuera de la realidad la tasación de los perjuicios que hace la parte demandante, los valores pretendidos no encuentran soporte alguno y mucho menos en la cantidad estimada, **pues la parte pretensora debe fundar esta petición en medios de prueba que ofrezcan certeza sobre la existencia e intensidad del daño en cada caso concreto, límite natural y legal del arbitrio judicial.**

Al respecto, es de capital importancia recordar que la institución de la Responsabilidad y su consecuente obligación de indemnizar los perjuicios, ha surgido con el fin de reparar daños verdaderamente sufridos, los cuales deben ser ciertos y directos, **y bajo ninguna circunstancia obedecerá a fines de enriquecimiento como evidentemente se busca con éste proceso**, ya que el deber de los pretensores es justificar y soportar verdaderamente la existencia del citado perjuicio y no solamente afirmándolos y presumiéndolos en razón del parentesco, sino llevando elementos de convicción al fallador, quien en últimas será el que con fundamento en los medios de prueba sobre la existencia e intensidad de los mismos estime su cuantía.

Ahora, en el evento hipotético en que las pretensiones de la demanda prosperen, es claro que la liquidación de los perjuicios extrapatrimoniales deberá hacerse conforme a los parámetros y lineamientos establecidos por el Consejo de Estado en la sentencia de unificación de perjuicios inmateriales².

• **INEXISTENCIA DE DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN.**

El daño a la vida de relación, que en algunas sentencias fue denominado daño fisiológico o daño a las condiciones de existencia, era un daño de carácter extrapatrimonial que se otorgaba como consecuencia de una alteración a las condiciones de existencia, esto es, a una modificación de la forma en la que las personas se relacionan y se relacionarán con su entorno social en razón de un suceso traumático.

Sin embargo la jurisprudencia del Consejo de Estado actualmente no reconoce dicha tipología de perjuicio, y en ese sentido se trae a colación lo dicho por dicha corporación en la sentencia de unificación de perjuicios extrapatrimoniales en la que señaló de forma clara que:

"(...) se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia (...) "³.

Conforme a lo anterior, evidentemente el despacho habrá de acogerse a los lineamientos establecidos por la jurisprudencia nacional en cuanto a las tipologías de daño indemnizables, máxime teniendo en cuenta que en el caso

² Véase. Documento final Aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014 Referentes para la reparación de perjuicios inmateriales. Sala Tercera del Consejo de Estado. Reparación daño moral. Pág. 6

³ Documento final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014 referentes para la reparación de perjuicios inmateriales. Consejo de Estado.

que nos ocupa dicha indemnización se solicita respecto de las víctimas indirectas.

• **RESPECTO DEL DAÑO PATRIMONIAL:**

En la demanda se pretende el pago un supuesto daño emergente, con ocasión de los gastos en los que tuvo que incurrir la parte demandante en la solicitud de conciliación prejudicial, y un lucro cesante futuro por la pérdida de capacidad laboral que se llegare a probar dentro del proceso.

Según la normatividad vigente, el artículo 1614 del Código Civil, Daño Emergente y por lucro cesante se entiende:

"Entiéndase por daño emergente el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por lucro cesante, la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumpliéndola imperfectamente, o retardado su cumplimiento"

Por lo tanto, la parte actora deberá demostrar todos los elementos que le sirven de base para formular la pretensión de indemnización por daño patrimonial en su modalidad de daño emergente y lucro cesante.

Por ende, hasta tanto tal circunstancia no sea demostrada, dicha pretensión de los demandantes encaja en la definición de daño hipotético o incierto, que por naturaleza no es indemnizable.

Así las cosas, es claro que lo pretendido por concepto daño emergente carece de técnica procesal, pues dicho rubro eventualmente podrá ser tenido en cuenta como costas procesales, más no como el objeto principal del proceso, pues se encuentra sometido a un régimen especial claramente regulado en el Código General del Proceso; igualmente no existe certeza de que la señora AURA CUESTA MOSQUERA percibiera un ingreso mensual con ocasión del desempeño de alguna actividad laboral y que dicho ingreso haya sido suprimido con ocasión de los hechos aducidos en esta demanda; por esta razón es ostensible que no hay lugar al reconocimiento de los perjuicios solicitados y en ese sentido las pretensiones deberán ser desestimadas por el fallador.

JURAMENTO ESTIMATORIO

Manifestamos expresamente que nos oponemos a la tasación de los perjuicios que realiza la parte demandante, y en consecuencia solicitamos se dé plena aplicación a lo establecido por el artículo 206 de la ley 1564 de 2012.

Los perjuicios patrimoniales reclamados no se encuentran debidamente justificados en el escrito de la demanda ni en los documentos anexos. La liquidación del daño emergente y el lucro cesante pretendido no están liquidadas conforme lo indica la normatividad vigente.

No hay certeza hasta el momento sobre la existencia de una supresión efectiva de beneficios económicos para la parte demandante, y por tanto reiteramos que nos oponemos expresamente a la estimación realizada por este rubro por ausencia de los parámetros necesarios para su cálculo.

En consecuencia solicitamos que en la sentencia se condene a la parte pretensora a pagar a la resistente el 10% de la diferencia que resulte entre la estimación de los perjuicios que realizó bajo juramento y la suma que se establezca en una eventual condena. Si la sentencia no estima ninguna de las pretensiones de la demanda se deberá condenar al demandante al pago del 5% sobre los perjuicios tasados.

PETICION ESPECIAL

En consecuencia con la solicitud de costas realizada, muy respetuosamente le solicito al despacho se dé aplicación al numeral 1.1 del artículo 6 del acuerdo 1887 del 26 de junio de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura, con el fin de que se condene a la parte demandante a pagar por concepto de agencias en derecho el 20% de las pretensiones negadas en la sentencia.

MEDIOS DE PRUEBA:

1. DECLARACION DE PARTE:

1.1 INTERROGATORIO DE PARTE:

Sírvase, señor juez, citar a los demandantes, para que absuelvan interrogatorio que les formularé en la correspondiente audiencia sobre los hechos de la demanda, contestación de la demanda y los de este escrito de contestación del llamamiento en garantía, y las excepciones propuestas.

2. DOCUMENTAL.

Condiciones generales y particulares de la póliza número 1006462 con vigencia 30/04/2018 a 28/02/2019.

3. RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

Con fundamento en el artículo 262 del Código General del Proceso solicito por parte de su creador la ratificación del siguiente documento relacionado por la parte demandante, así:

- "Copia de dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral emitido por COOMEVA EPS, del 30 de septiembre de 2014."
- "Copia de calificación de origen de pérdida de capacidad laboral emitido por SEGUROS ALFA S.A., del 01 de octubre de 2015."

Se solicita la ratificación de la calificación de pérdida de capacidad laboral toda vez que aquella no puede ser considerada como dictamen pericial en la medida que no cumple con los requisitos establecidos en el artículo 226 del Código General del Proceso.

4. DICTAMEN PERICIAL:

Ahora bien, en caso de que se considere como dictamen pericial el aportado por la parte demandante, se solicita su contradicción conforme a lo regulado en el artículo 228 del Código General del Proceso.

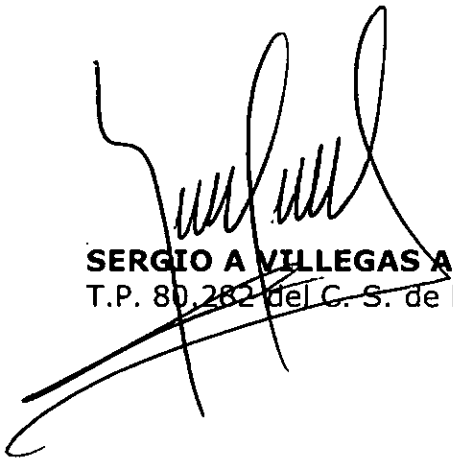
ANEXOS:

- Lo relacionado en la prueba documental.
- Poder para actuar.

DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES:

El apoderado: Carrera 46 número 52-36, Oficina 406, Edificio Vicente Uribe Rendón. Correo: saviilegas@une.net.co

Señor Juez,


SERGIO A VILLEGAS AGUDELO
T.P. 80.282 del C. S. de la J.

**JUZGADO DÉCIMO CIVIL
CIRCUITO MEDELLÍN**
10 FEB 2020

Recibido:
Hora:

Bogotá D.C.

Señores

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN
MEDELLÍN, ANTIOQUIA
E. S. D.

Referencia: PODER
Demandante: AURA ESTHER CUESTA MOSQUERA Y OTROS
Demandado: HOSPITAL PABLO TOBON URIBE Y OTROS
Radicado: 05001 3103 010 2019 00272 00

CARLOS JAVIER GUILLÉN GONZALEZ, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1010181959 de BOGOTÁ DC, mayor de edad y vecino de BOGOTÁ, actuando en mi condición de representante legal de La Previsora S.A. Compañía de Seguros, sociedad de economía mixta del orden nacional, sometida al régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio en Bogotá D.C., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al abogado SERGIO ALEJANDRO VILLEGAS AGUDELO, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Medellín, identificado con c.c No. 71.750.136 de Medellín, abogado en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 80.282 del C. S. de la J., para que, en el proceso de la referencia, se notifique y actúe como apoderado judicial de la Compañía.

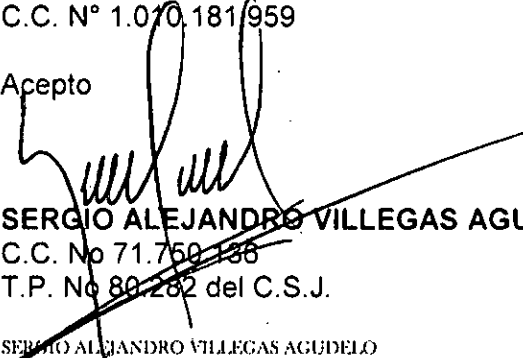
Solicito reconocer personería al mandatario para los fines de la gestión encomendada en los términos del Artículo 77 de Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de transigir y desistir están sujetas a la autorización previa de la Vicepresidencia Jurídica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

Atentamente,



CARLOS JAVIER GUILLÉN GONZALEZ
Representante Legal Judicial y Extrajudicial
C.C. N° 1.070.181/959

Acepto



SERGIO ALEJANDRO VILLEGAS AGUDELO
C.C. No 71.750.136
T.P. No 80.282 del C.S.J.

SERGIO ALEJANDRO VILLEGAS AGUDELO

24-2020

25484

PRESENTACIÓN PERSONAL

MIGUEL ANTONIO FERNANDEZ FERNANDEZ
NOTARIO 72 (E) BOGOTÁ D.C.



El anterior escrito fue presentado ante
LA NOTARÍA SETENTA Y DOS DEL
CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.,
Personalmente por:

GUILLEN GONZALEZ CARLOS JAVIER

quien exhibió: C.C. 1010181959 expedida en: BOGOTÁ

Tarjeta Profesional No. del C.S.J.

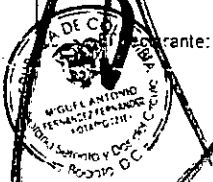
Bogotá D.C. 10/01/2020



JRV

www.notariaenlinea.com

W7N6F155RFR434R5L



[Handwritten signature]

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5030895111049115

Generado el 15 de enero de 2020 a las 11:59:31

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

CERTIFICA

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

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

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

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

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

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

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente agente directo del Presidente de la República, de su libre nombramiento y remoción y representante legal de la sociedad. - **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES.** Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía a) Formular la política general de la compañía, el modelo integrado de planeación y gestión y los planes y programas, de conformidad con la ley y bajo las directrices de la Junta Directiva b) Orientar y dirigir los planes y programas que debe desarrollar la compañía según su objeto, las directrices de la Asamblea de Accionistas y de la Junta Directiva y las políticas de Gobierno Nacional c) Impartir directrices para la ejecución de las actividades comerciales de la compañía d) Ejercer la representación legal de la compañía e) Constituir mandatarios que representen a la compañía en los asuntos judiciales y extrajudiciales f) Presentar los estados financieros a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva en los plazos y términos señalados en la ley y los Estatutos g) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo con lo señalado en los Estatutos y en las demás normas que regulen la materia h) Proponer a la Junta Directiva los proyectos de organización interna, escalas salariales y planta de personal de los trabajadores oficiales i) Vincular a los trabajadores de la compañía de acuerdo con las leyes laborales y el procedimiento señalado en los Estatutos y demás normas, salvo al Jefe de Control Interno cuya nominación corresponde al Presidente de la República j) Someter a aprobación de la Junta Directiva el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos de la compañía de acuerdo con lo señalado en la ley y en los Estatutos de la compañía k) Ordenar los gastos con cargo al presupuesto de la compañía, de acuerdo con las normas sobre la materia l) Celebrar los contratos que requiera la compañía para su normal funcionamiento de conformidad con las disposiciones legales vigentes m) Ejercer el control administrativo sobre la ejecución del presupuesto de la compañía n) Conocer y fallar en

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Commutador: (571) 5 94 02 00 - 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 503089511049115

Generado el 15 de enero de 2020 a las 11:59:31

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

segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten contra los trabajadores y ex trabajadores de la compañía n) Adoptar el Reglamento Interno de Trabajo, los manuales de políticas, procesos y procedimientos y los necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la compañía o) Dirigir la implementación del Sistema de Gestión Integral, garantizar el ejercicio de control interno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones p) Delegar previa autorización de la Junta Directiva alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los Vicepresidentes, Secretaria General, Gerentes de Casa Matriz y de Sucursales y/o en otros cargos de manejo y confianza q) Crear los grupos internos de trabajo que se requieran, según las necesidades de la compañía y determinar sus funciones para optimizar el funcionamiento de la Entidad r) Las demás funciones que le señale la ley, los Estatutos, la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y las demás disposiciones que le sean aplicables. (Escritura Pública No. 0973 del 12 de abril de 2018, Notaría 6ª. De Bogotá D.C.) La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Estos funcionarios tendrán en el ejercicio de sus funciones la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. La sociedad tendrá un Secretario General designado por la Junta Directiva a cuyo cargo estará la función de actuar como secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva de la compañía. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. (Escritura Pública 2157 del 11 de octubre de 2004 Notaría 22 de Bogotá D.C.). Que además de los órganos de dirección y administración descritos en el artículo 29 de los Estatutos Sociales y de conformidad con lo enunciado en el artículo primero del Decreto 1808 de 2017 LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS cuenta con los siguientes órganos: Secretaría General; seis (6) Vicepresidencias, a saber: Técnica, Comercial, Indemnizaciones, Financiera, Jurídica, y Desarrollo Corporativo; Gerencias de Sucursales; Gerencias de Casa Matriz Subgerencias de Casa Matriz y Sucursal y Oficinas de Casa Matriz (Escritura Pública 1119 del 30 de abril de 2018 Notaría 5 de Bogotá). ARTICULO 59. DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES: La sociedad tendrá los Gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente y que la Junta Directiva apruebe, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de estos, participar en procesos de contratación directa, concursos e invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera jurídica de seguros y comercial, de conformidad con las facultades que le sean delegadas. Los Subgerentes de sucursal serán suplentes de sus correspondientes Gerentes. En aquellas sucursales en las cuales no existe el cargo de Subgerente de sucursal, será designado otro funcionario como suplente del Gerente. De igual manera y de conformidad con lo indicado en el Decreto 1808 de 2017 y la Resolución No. 026 - 17, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así. VICEPRESIDENTE JURIDICO; GERENTE DE PROCESOS JUDICIALES; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercerán la representación legal, judicial y extrajudicial de la compañía en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. GERENTE DE TALENTO HUMANO, SUBGERENTE DE ADMINISTRACION DE PERSONAL: Ejercerán como representante legal de la compañía en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera, GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMOVILES, GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercerán la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte de la compañía. Así mismo, representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas por siniestros con la facultad de conciliar y transar en los términos autorizados por el comité de Defensa Judicial y Conciliación SUBGERENTE DE RECOBROS Y SALVAMENTOS Representa a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial, SUBGERENTE DE LITIGIOS, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMINISTRATIVOS Representaran a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar, GERENTE JURIDICO Ejercerá por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía. (Escritura Pública No. 0973 del 12 de abril de 2018, Notaría 6ª. De Bogotá D.C.)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Silvia Lucia Reyes Acevedo	CC - 37893544	Presidente

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Commutador: (571) 5 94 02 00 - 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5030895111049115

Generado el 15 de enero de 2020 a las 11:59:31

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Fecha de inicio del cargo: 28/08/2018		
Benjamín Galán Otálora	CC - 80425713	Vicpresidente Financiero
Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018		
Clara Inés Montoya Ruiz	CC - 42897622	Vicepresidente Comercial
Fecha de inicio del cargo: 27/12/2018		
Sonia Beatriz Jaramillo Sarmiento	CC - 39685533	Secretario General
Fecha de inicio del cargo: 05/09/2019		
María Elvira Mac-douall Lombana	CC - 39688259	Vicepresidente Técnica
Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019		
Consuelo González Barreto	CC - 52252961	Vicepresidente Jurídico
Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018		
José Bernardo Alemán Cabana	CC - 79672347	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro
Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018		
Ivan Mauricio Panesso Alvear	CC - 94400710	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		
Paola Andrea Gómez Mesa	CC - 52266729	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		
Adriana Díaz Cáceres	CC - 52101724	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Norte
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		
Adriana Orjuela Martínez	CC - 51981720	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		
Sandra Patricia Pedroza Velasco	CC - 51995365	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones SOAT, Vida y Accidentes Personales
Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018		
Yeimi Gómez Rincón	CC - 52508175	Vicepresidente de desarrollo Corporativo
Fecha de inicio del cargo: 07/03/2019		
Gloria Lucía Suárez Duque	CC - 52620196	Vicepresidente de Indemnizaciones
Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018		
Gina Patricia Cortes Paez	CC - 33703256	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Procesos Judiciales
Fecha de inicio del cargo: 11/12/2018		
Luz Mery Naranajo Cárdenas	CC - 39544204	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal
Fecha de inicio del cargo: 20/09/2018		



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5030895111049115

Generado el 15 de enero de 2020 a las 11:59:31

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Carlos Javier Guillén González * Fecha de inicio del cargo: 11/07/2019	CC - 1010181959	Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos
Daniela Sánchez Polanco Fecha de inicio del cargo: 04/10/2018	CC - 38144988	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en calidad de Gerente de Talento Humano
Joan Sebastián Hernández Ordoñez Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019	CC - 1014214701	Representante Legal Judicial y Administrativo en Calidad de Subgerente de Litigios

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

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

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

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

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

Mónica Andrade
MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL

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

PÓLIZA N°

1006462

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 890.002.400-2

78

PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 30 MES 4 AÑO 2018	CERTIFICADO DE RENOVACION	N° CERTIFICADO 75	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO
TOMADOR 1771622-HOSPITAL PABLO TOBON URIBE DIRECCIÓN CALLE 78B 69 240, MEDELLIN, ANTIOQUIA			NIT 890.901.826-2 TELÉFONO 4459000		
ASEGURADO 1771622-HOSPITAL PABLO TOBON URIBE DIRECCIÓN CALLE 78B 69 240, MEDELLIN, ANTIOQUIA			NIT 890.901.826-2 TELÉFONO 4459000		
EMITIDO EN MEDELLIN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN		
MONEDA Pesos			VIGENCIA		
TIPO CAMBIO 1.00	1048	10	DÍA 30 MES 4 AÑO 2018	DESDE DÍA 30 MES 4 AÑO 2018	HASTA DÍA 28 MES 2 AÑO 2019
CARGAR A: HOSPITAL PABLO TOBON URIBE			FORMA DE PAGO 6. PAGO 90 DIAS -LIC		
			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 5,000,000,000.00		

Riesgo: 1 - HOSPITAL PABLO TOBON URIBE
CL 78 B 69 240, MEDELLIN, ANTIOQUIA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	5,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	5,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	5,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	5,000,000,000.00	SI	320,848,963.00
	Deducible: 15.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	5,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	1,000,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	150,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	5,000,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 15.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	2,500,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	1,250,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOS

Documento
NIT 000

Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-006-4 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

Texto Continua en Hojas de Anexos...

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. (ARTÍCULOS 81 Y 82 DE LA LEY 45/90 Y ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO).

EL PAGO TARDÍO DE LA PRIMA NO REHABILITA EL CONTRATO. EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA SOLO SE OBLIGA A DEVOLVER LA PARTE NO DEVENGADA DE LA PRIMA EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***320,848,963.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$**60,961,302.97
AJUSTE AL PESO	\$*****0.03
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*381,810,266.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 012635 DEL 14 DE DICIEMBRE DE 2018. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No. 2509 DE 1985 ADICIONADO EN EL ARTÍCULO 1.2.4.9.3. DEL DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO EN MATERIA TRIBUTARIA 1625 DE 2016.

SOMOS ENTIDAD DE ECONOMÍA MIXTA, EN LA QUE EL ESTADO TIENE PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 80%. POR LO TANTO ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIONES DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

10/07/2019 11:48:43

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				107	1	DELIMA MARSH S.A. LOS	17.50 56,148,568.5

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 57 NO. 9-07 - BOGOTÁ. LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE: EN BOGOTÁ 3487555. A NIVEL NACIONAL 018000 910 554 Y DESDE CELULAR # 345. PRESENTE SUS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS O SUGERENCIAS VÍA TELEFÓNICA, PÁGINA WEB, contactenos@previsora.gov.co, SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA O POR EL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO TELEFAX: (1) 6108161 / 6750385. defensor@previsora.gov.co

- COPIA -

8ISE-U-001-7

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006462 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

75

SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA A SOLICITUD DEL ASEGURADO, DE ACUERDO A CORREO ENVIADO POR EL ALIADO EL 30 DE ABRIL DE 2018.

SE HACEN LAS SIGUIENTES ACLARACIONES:

TIPO: SEGURO FACULTATIVO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA.

ASEGURADO: Para efectos de la presente póliza se entenderá por Asegurado: El HOSPITAL PABLO TOBON URIBE - HPTU, personal médico, personal asistencial, personal de apoyo y cualquier persona bajo cualquier modalidad de contratación y/o prestación de servicios y/o convenios o similares que desarrolle, practique, preste servicios relacionados con la actividad del HPTU, que actúe siguiendo sus directrices, dentro o fuera de las instalaciones del HPTU.

VIGENCIA: Desde: las 00:00 horas del 30 de Abril de 2018.

Hasta: las 00:00 Horas del 28 de Febrero de 2019.

Trescientos cuatro (304) días.

OBJETO DEL SEGURO: Esta póliza otorga cobertura por la Responsabilidad Civil Profesional Médica en que incurra el Asegurado, incluyendo la culpa grave. Igualmente, la póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil General del Asegurado que provenga de un "Evento" que cause perjuicios a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios donde desarrolle su actividad. En ambos casos, la cobertura de los riesgos se configura en función de la actividad asegurada.

ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Como Hospital Universitario de carácter general de alto nivel de complejidad, su actividad es la prestación de servicios integrales de salud con amplia gama de especialidades tales como, pero no limitados a: oncología, cardiología, cirugía general, gastroenterología, hepatología, infectología, medicina interna, nefrología, neumología, radiología, ortopedia, reumatología, urgencias, coloproctología, pediatría, hospitalización pediátrica general, urgencias pediátricas, subespecialidades pediátricas, unidad de cuidado crítico pediátrico y neonatal, grupos de apoyo, información a familias, programas del aula Pablito, ayudas diagnósticas, banco de sangre, cuidado crítico, dermatología, farmacia, hospitalización ejecutiva, laboratorio, nutrición, psicología, unidad de rehabilitación, trabajo social, chequeos ejecutivos, trasplante de hígado (adultos y pediátrico), trasplante de intestino, trasplante multivisceral, trasplante progenitores hemotopoyéticos medula ósea, trasplante renal.

Esta actividad incluye actividades que se desarrollan dentro o fuera de los predios del Asegurado como, por ejemplo:

" La admisión y registro de pacientes.

" El uso de equipos y/o tecnologías adecuadas y/o de riesgo especiales o servicios necesarios para el beneficio de los pacientes, en poder del HPTU y bajo cualquier título; hospitalización, atención de pacientes internacionales, elaboración y suministro de alimentos, comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

" Programas de la unidad de investigaciones en desarrollo de nuevos tratamientos para endocrinología, cardiología, reumatología, pediatría, cáncer, vacunas, entre otros.

" Las actividades del grupo de estudiantes de auxiliar de enfermería del instituto de educación del HPTU, que se desarrollen en el HPTU o en la ejecución de los convenios docente asistenciales en cualquier institución.

" Las actividades del plan padrino, de profesionales de la salud en rotación académica, pasantías, convenios e intercambios y actividades de cooperación y servicio a las comunidades, de cualquier clase o tipo como jornadas de donación de sangre, campañas educativas y similares.

" El cuidado, intervención, mantenimiento y en general toda labor que lleve a la administración de los predios donde se desarrolla esta actividad, incluida la seguridad y protección de los bienes y las obligaciones de seguridad que se derivan para la prestación y continuidad de los servicios aun por fallas o falta de suministros de servicios públicos sobre los cuales tenga control directo el Asegurado.

" Programas de la unidad de investigaciones en desarrollo de nuevos tratamientos para endocrinología, cardiología, reumatología, pediatría, cáncer, vacunas, incluyendo, entre otros, ensayos clínicos de interés académico, financiados por el HPTU orientados a comparar técnicas rutinarias en la atención de pacientes, comúnmente utilizadas y aceptadas por la ciencia médica, con el objetivo de medir su efectividad que le permitan al HPTU definir protocolos de atención en beneficio del paciente. Los ensayos clínicos involucran pacientes que cumplan los criterios de inclusión y que firmen el consentimiento informado y no integran en ninguna de sus fases medicamentos y/o equipos médicos o biomédicos en prueba.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006462 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

75

CLAUSULADO: Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas - RCP006.

SISTEMA DE COBERTURA: Claims Made: con retroactividad a Enero 1° de 2004 para eventos no conocidos.

LÍMITE ASEGURADO: COP\$ 5.000.000.000 Evento / Vigencia.

ALCANCE

TERRITORIAL: Mundial, excluyendo USA / Canadá.

DEDUCIBLES:

¢ Gastos de Defensa en el proceso civil y proceso penal: Sin deducible
¢ 15% toda y cada pérdida mínimo COP\$ 15.000.000.

FECHA DE RETROACTIVIDAD: Enero 1° de 2004.

EXTENSIÓN DEL PERIODO PARA RECLAMAR: Extensión de cobertura de Veinticuatro (24) meses con cobro del 100% de la última prima anual y solicitada Quince (15) días antes del vencimiento de la póliza.

CONDICIONES DE SEGURO: En consideración de la prima de seguro arriba indicada y sujeto a los términos y condiciones de este contrato tal y como se detallan en este documento junto con cualquiera de sus anexos y/o endosos) este contrato Asegura las obligaciones contraídas por la cedente bajo los términos, condiciones y exclusiones del original. En el evento de cualquier inconsistencia entre la póliza original y este contrato, este último prevalecerá.

- Jurisdicción y leyes contrato de seguro: colombianas sede Bogotá.
- Cláusula de Cooperación de Reclamos.

GARANTIAS:

1. Ampliación de la información de los siguientes casos reportados en el documento en Excel remitido por Previsora Seguros: "IBNR - HOSPITAL PABLO TOBON URIBE 23 04 2018", como sigue: 23598, 23489, 23720, 23484, 23716, 23675, 23489, 23720, 23484, 23716, 23675.

La información requerida para cada caso es:

- Demandante.
- Resumen de las circunstancias del caso.
- Pretensiones del demandante.
- Probabilidad de éxito.

2. Formulario de propuesta (Adjunto) completamente diligenciado, firmado y fechado.

La anterior información debe ser entregada a más tardar el 31 de Mayo de 2018.

LA POLIZA ORIGINAL INCLUYE CLÁUSULAS:

" Se levanta la exclusión de daños genéticos en el caso que se determine que ellos hayan sido causados por un factor iatrogénico y/o heredado, descubiertos en el momento o un tiempo después del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto, en razón de que hay circunstancias en las cuales se deben brindar tratamientos médicos a la madre que puede causar lesiones al feto y que más adelante podrían generar reclamaciones al Asegurado por dichos daños. Se aclara que en virtud de la sentencia del aborto cuando peligra la vida de la madre se deben brindar los tratamientos médicos que esta requiera, previo consentimiento de la misma, lo que llevaría a que el HPTU realizará la atención médica. Si bien esta es la causal de defensa ante un eventual proceso judicial, ello no obsta, para que se causen honorarios y gastos judiciales sujetos de cobertura.

" Se ampara la Responsabilidad Civil Profesional de la actividad de la unidad de investigaciones del HPTU hasta el límite básico contratado.

" Asistencia Jurídica en proceso penal: Sublimitado 25% evento / 50% vigencia. Opera por reembolso.

" Gastos de Defensa en el proceso civil: Sublimitado 25% evento / 50% vigencia.

" Se aclara que "Costas y Gastos" incluyen entre otros los correspondientes a aranceles judiciales y dictámenes periciales anticipados.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



81

PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006462 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

75

" Gastos Médicos: ampara los gastos médicos con ocasión de los primeros auxilios inmediatos de la persona, los cuales, si llegasen a trascender y a constituir una lesión mayor que tenga indicios de demanda, inmediatamente debe afectarse el amparo básico de la póliza con el límite y deducible correspondiente. Sublímite de COP\$ 150.000.000 evento / COP\$ 1.000.000.000 vigencia.

" La póliza se extiende a cubrir los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales que sufra el reclamante hasta por el 100% de los mismos y hasta la suma principal asegurada. Se cubren entre otros los siguientes perjuicios, pero no limitados a ellos: daño emergente, lucro cesante, daño moral, daño a la vida de relación, daño fisiológico, daño a la salud, pérdida de la oportunidad, daño inmaterial por afectación a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados.

" Daños derivados directa o indirectamente o relacionados con virus del tipo VIH causantes del SIDA. Sublimitado 25% evento / vigencia.

" Se acepta la no presentación de relación de personal adscrito al HPTU. Al momento del siniestro no se exigirá que se pruebe la vinculación con el HPTU.

" Sustitución Provisional de un Médico: se cubre la responsabilidad civil ante sustitución provisional de un médico por otro que ejerza la misma especialidad.

" Se acepta la inclusión de estudiantes de medicina internos y residentes, siempre y cuando hayan sido aceptados por el HPTU.

" Cubre las actividades del grupo de estudiantes de auxiliar de enfermería del instituto de educación del HPTU, que se desarrollen en el HPTU o en la ejecución de los convenios docente asistenciales en cualquier institución.

" Se cubren todos los convenios docentes asistenciales que realice el HPTU con y en otras instituciones.

" Se ampara además la RC por los servicios prestados por el personal de admisión, registro, aprendices, practicantes y similares.

" Se cubre la atención de pacientes internacionales bajo legislación y jurisdicción Colombiana.

" Se cubre los profesionales de la salud en pasantías y rotación académica que estén desarrollando su actividad en el HPTU. Hasta el límite básico contratado.

" Se cubren los perjuicios causados con equipos médicos considerados como riesgos especiales, no requiere relación equipos.

" Los empleados en calidad de pacientes se consideran terceros.

" La presente póliza se extiende a amparar la responsabilidad civil profesional derivada de cualquier acto médico del personal asignado al Plan Padrino que desarrolla el HPTU en diferentes instituciones, entidades y hospitales.

" La presente póliza otorga cobertura para todas las actividades que realice el HPTU dentro o fuera de sus instalaciones, tales como, pero no limitadas a: Jornadas de donación de sangre, campañas educativas y similares.

" La presente póliza se extiende a cubrir los perjuicios derivados de infecciones intrahospitalarias / infecciones asociadas a la atención de salud siempre y cuando los perjuicios no tengan como origen o sean como consecuencia de deficiencias de la organización hospitalaria, la ausencia de implementación o supervisión de medidas de seguridad del paciente, normas de bioseguridad o protocolos médicos. Por DEFICIENCIAS DE LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA se entenderá para efectos de esta póliza: "Deficiencias en la aplicación de los procedimientos y protocolos previamente establecidos por la institución relacionados directamente con el manejo, prevención y control de infecciones intrahospitalarias y/o asociadas la atención de la salud".

" Siempre y cuando se cuente con un protocolo para el manejo, se cubren los perjuicios causados por filtraciones, contaminantes o residuos patológicos, incluyendo los gastos y costos en que se deba incurrir para dar cumplimiento a leyes específicas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patológicos. Se excluye contaminación paulatina.

" La cobertura de la presente póliza se extiende a cubrir los perjuicios y/o gastos legales reclamados a consecuencia de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o enfermedad y la cirugía correctiva de anomalías congénitas.

" Se incluye cobertura para honorarios y/o gastos de carácter penal en que incurra el Asegurado por asesoría de especialistas en la materia para aminorar o contrarrestar los efectos de una eventual reclamación formal o legal.

" Descuento por renovación a largo plazo: Bono por contratación a largo plazo: 8% liquidado sobre el 75% de la prima anual pagada antes de IVA. Se reconocerá previa presentación por parte del HPTU de la cuenta de cobro respectiva.

" Bono por buena experiencia: Bajo la siguiente formula: 5% (75% primas antes de IVA- Siniestralidad Incurrida (Siniestros pagados y reservados del periodo)).

" Revocación de la póliza: Ciento veinte (120) días.

" El contrato de seguro se rige por la jurisdicción ordinaria.

" Aviso de siniestro: Treinta (30) días.

" Subrogación: La Aseguradora no se subrogará contra ninguno de los Asegurados a menos que su actuación haya sido dolosa.

" Para efectos de cualquier reclamación se entiende la póliza en su totalidad como unidad de riesgo.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006462 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

75

" Plazo para el pago de la prima: A más tardar el 30 de mayo de 2018.

EXCLUSIONES

La Aseguradora no cubrirá bajo ninguna circunstancia "reclamaciones" y/o "indemnizaciones" que los Asegurados tengan que pagar por perjuicios que sean consecuencia directa o indirecta de:

- o Riesgos que sean objeto de cobertura de otras pólizas o seguros con excepción de la responsabilidad profesional individual propia de cualquier Asegurado cuando este ejerciendo su actividad en representación del HPTU, bajos sus directrices, dentro o fuera de sus predios.
 - o Actos médicos prohibidos por leyes específicas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la práctica de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, salvo que se trate de actos médicos y/o actividades de la Unidad de Investigación del HPTU.
 - o Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
 - o Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del HPTU o realizados en los predios y/o con los equipos del HPTU cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.
 - o El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los Asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar información bajo reserva.
 - o Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.
 - o Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias médicas y aprobadas por la ley.
 - o El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
 - o La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
 - o Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el Asegurado.
 - o Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el Asegurado 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. Sin embargo, están cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del Asegurado y/o terceros.
 - o Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.
 - o Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.
 - o Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el Asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.
 - o La transmisión de enfermedades del personal del HPTU a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos, cuando el Asegurado sabe que es portador de una enfermedad que, por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular. Esta exclusión aplica siempre y cuando el HPTU tenga conocimiento de tales circunstancias.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...



83

HOJA ANEXA No. 5 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No. 1006462 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA
SEGUROS

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

75

o Reclamamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los Asegurados o a su representante por el "paciente" y/u otra persona natural o jurídica a nombre del "paciente", y con relación a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho "paciente" por parte de los Asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la póliza.

o Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del Asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del Asegurado en dicha desaparición o daño.

o La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta póliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto médico que origine responsabilidad del Asegurado.

o Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual.

o Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente" excepto en los casos en que el HPTU no esté en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el Asegurado y/o en los eventos en los cuales el Asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

o El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza. Sin embargo, la presente póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el Asegurado con ocasión de su actividad.

o El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del Asegurado, o mediante los cuales el Asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

o La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito, repentino e imprevisto.

o El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

o El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del Asegurado.

o Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

o Daños causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

o Pérdidas patrimoniales puras incluyendo, pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del Asegurado cubierto por esta póliza.

o Se excluyen cirugías puramente estéticas.

o Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

o Exclusiones relativas a la responsabilidad civil general derivada de:

- La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el Asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.

- Contratistas y subcontratistas.

o Los demás términos y condiciones no establecidos en este documento se regirán por el Clausulado: Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas - RCP006.

Exclusiones relativas a la responsabilidad civil general derivada de:

† La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el Asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea pública o privada.

† Contratistas y subcontratistas.

HOJA ANEXA No. 6 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006462 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

75

Los demás términos y condiciones no establecidos en este documento se regirán por el Clausulado: Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas - RCP006.

CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO Y CURSO DEL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN:

1. Actos médicos: Desde la notificación del Asegurado del auto admisorio de la demanda.
2. Honorarios: En proceso penal desde la audiencia de imputación de cargos por la Fiscalía. Para gastos de defensa en proceso civil ocurrirá con la notificación del Asegurado del auto admisorio de la demanda. Costas y gastos: en el momento que sean pagados por el Asegurado.

Documentación en caso de siniestro:

Para efectos de la presente póliza el HPTU presentará la siguiente documentación de acuerdo con el amparo afectado:

a. Cobertura Básica: RC médica: En el marco del proceso judicial, se debatirá si procede el llamamiento en garantía.

b. Honorarios:

2.1. En caso de haberse causado honorarios en la etapa prejudicial:

- a. Copia del acta de audiencia prejudicial de conciliación, constancia de no acuerdo o constancia de no comparecencia.
- b. Copia del escrito de conciliación.
- c. Propuesta de honorarios emitida por el abogado para la defensa del Asegurado (en esta etapa prejudicial).
- d. Copia de la Historia Clínica del paciente o epicrisis.

Nota: De acuerdo con la normatividad vigente (Resolución 1995 de 1999 y Ley 23 de 1981) la Aseguradora no es una persona facultada para acceder a la información que reposa en la Historia Clínica del paciente. En caso que se vayan a causar honorarios en la etapa prejudicial, la Aseguradora debe ser vinculada a la conciliación, de manera tal que se levante la reserva de este documento y la Historia Clínica del paciente pueda ser entregada por el HOSPITAL a la ASEGURADORA para obtener la autorización de honorarios.

2.2. En caso de haberse causado honorarios solo en la etapa judicial:

- a. Copia del acta de conciliación o constancia de no acuerdo o no comparecencia.
- b. Copia de la demanda.
- c. Constancia de notificación del auto admisorio de la demanda, efectuada por el Asegurado (Personal, aviso o electrónica). No es la citación para notificación.
- d. Copia de la Historia Clínica del paciente o epicrisis: al ser llamada en garantía LA ASEGURADORA, sus abogados tendrán acceso al acervo probatorio dentro del cual se encuentra dicho documento; por esta vía, se levanta frente a LA ASEGURADORA la reserva de la Historia Clínica del paciente sin infringir normas de orden público.
- e. Propuesta de honorarios emitida por el abogado para la defensa del Asegurado.

2.3. Gastos Judiciales cuando EL HPTU es llamado en garantía dentro del proceso:

- a. Constancia de notificación del auto admisorio del llamamiento en garantía, efectuada por el Asegurado (no es la citación para notificación).
- b. Copia del llamamiento en garantía.
- c. Copia de la Historia Clínica del paciente o epicrisis: al ser llamada en garantía LA ASEGURADORA, sus abogados tendrán acceso al acervo probatorio dentro del cual se encuentra dicho documento; por esta vía, se levanta frente a LA ASEGURADORA la reserva de la Historia Clínica del paciente sin infringir normas de orden público.
- d. Propuesta de honorarios emitida por el abogado para la defensa del Asegurado.

3. Gastos Médicos: Documentos o facturas que certifiquen los gastos incurridos.

CLAUSULAS Y ANEXOS

ANEXO N° 1

CLAUSULA DE COOPERACIÓN DE RECLAMOS

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



85

HOJA ANEXA No. 7 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006462 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA
SEGUROS

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

75

No obstante, cualquier cosa contenida en este Seguro, es una condición precedente a la responsabilidad de los aseguradores bajo este Seguro que:

a. El Asegurado debe darle al(los) Asegurador(es) una notificación escrita tan pronto como sea razonable de cualquier reclamación hecha contra el asegurado con respecto al negocio Asegurado acá, o la notificación de cualquier circunstancia que podría dar origen a dicho reclamo.

b. El Asegurado deberá proveer al(los) Asegurador(es) con toda la información conocida por el Asegurado con respecto a reclamaciones o posibles reclamaciones notificadas de acuerdo a (a) anteriormente mencionado y debe, después de esto, mantener a el(los) Asegurador(es) completamente informados con respecto a todos los desarrollos en relación a lo mismo, tan pronto como sea practicable.

c. El Asegurado deberá cooperar con el(los) Asegurador(es) y cualquier otra persona o personas designadas por los Aseguradores en la investigación, ajuste y acuerdo de dicha reclamación notificada a el(los) Asegurador(es) como se ha descrito anteriormente. Ningún acuerdo de pago o compromiso debe establecerse ni debe admitirse responsabilidad sin la previa aprobación de los Aseguradores.

ANEXO N° 2

CLAUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA

No obstante, lo contenido en la póliza original, se acuerda que los Aseguradores no están sujetos a renovación tacita y, como tal, esta póliza expirará en el día especificado bajo la sección "vigencia" en el contrato bajo el cual esta cláusula se adjunta. 683THB00344.

ATH***FIN DE TEXTO***

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

RCP006



CONDICIONES GENERALES

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

CONDICIÓN PRIMERA

**AMPAROS
AMPAROS CUBIERTOS**

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

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

PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

- 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
- 2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUSPENDIENTES;
- 4) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MÉDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

- 1.3 PREVISORA SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE PREVISORA POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL
- 1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.
- 1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
 - a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
 - b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FORMALMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
 - c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA

EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

- 2.1 LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO DIRECTORES EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO

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

RCP006



- SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL "PACIENTE", DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.
- 2.9 EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO.
- 2.10 DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 2.12 TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.13 ACTOS MÉDICOS QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS ACTOS MÉDICOS
- 2.14 FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS
- 2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
- 2.16 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
- 2.17 CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
- 2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- 2.19 LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A "PACIENTES" EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
- 2.20 "RECLAMOS" POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL "PACIENTE" Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL "PACIENTE", Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO "PACIENTE" POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

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

RCP006



- 2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
- 2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.
- 2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES
- EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
- 2.34 PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTE FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

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

RCP006



**2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO
DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.**

**2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL
ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE
TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL
ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE
VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN
EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS
NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE
DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS
DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**

**3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD
CIVIL GENERAL DERIVADA DE:**

a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.

c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

CONDICIÓN SEGUNDA

GARANTÍAS DEL ASEGURADO

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

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

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

con el Asegurado:

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)

- e) Entregar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por el Asegurador, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.
- f) Colaborar con el Asegurador, o al representante nombrado por el Asegurador, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.
- g) Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo "reclamo" o litigio.
- h) Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- i) Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o "Indemnización" sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.
- l) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de "pacientes", elaborando en forma pormenorizada un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por

ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.

- m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la Inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de Inmediata o de no Inmediata, en cuyo caso:

- **PREVISORA** y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.

- El Asegurado entregará a **PREVISORA** un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.

- El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de Inmediatas.

- El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

CONDICIÓN TERCERA

SUMA ASEGURADA

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

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

- b) Pluralidad de Reclamos: En caso que, de un

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006

mismo acto médico resultaren varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en las Condiciones Particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que PREVISORA reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo "acto médico" y/o "evento", sin perjuicio de:

- El número de Individuos y/o organizaciones aseguradas
 - El número de "reclamos" y/o demandas reportadas
 - El número de personas y/u organizaciones presentando "reclamos" y/o demandas
- c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, PREVISORA responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma específica en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.
- d) **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de PREVISORA, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectuaren una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

CONDICIÓN CUARTA

DEDUCIBLE

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

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

CONDICIÓN QUINTA

PERSONAS ASEGURADAS

- a) Se considerará como "Asegurado" al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho

17/04/2015-1324-P-06-RCP006VERSIÓN004

Pág. 7 de 13



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

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

- b) También se consideran como Asegurado las siguientes personas:

- Los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe del cuerpo médico) o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la Institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones netamente médico - administrativas para la Institución asegurada.

- Las personas que sean miembros o que presten servicios para juntas o comités establecidos por la Institución asegurada; por ejemplo juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la Institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.

- Los empleados y trabajadores voluntarios.

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

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

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

01/12/2014-1324-MT-P-06-ACCLINHOSRCP006

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



y/u odontológica dentro de los predios de la Institución asegurada por esta póliza.

CONDICIÓN SEXTA

PRIMA

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

CONDICIÓN SÉPTIMA

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

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

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

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

CONDICIÓN OCTAVA

DENUNCIA DE "RECLAMOS"

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

La notificación escrita para **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si

tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

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

CONDICIÓN NOVENA

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

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

El anexo de Extensión del Período para Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el periodo durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento de **PREVISORA** dichos reclamos.

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

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

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

- Someter por escrito su solicitud a **PREVISORA**,

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

RCP006

dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.

- Pagar de contado la prima correspondiente

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

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

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

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

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

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

PREVISORA podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en



los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

PROCESO PENAL

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

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el Asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción. **PREVISORA** podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

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

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por **PREVISORA**, mediante noticia escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Asegurado,

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

RCP006



en cualquier momento, mediante aviso escrito a PREVISORA. En todo caso las partes sujeta a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

CLÁUSULA COMPROMISORIA

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

SUBROGACIÓN

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

necesarios para garantizar tales derechos.

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

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

RETICENCIA

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

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, PREVISORA podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el reclamo. Luego de ello, PREVISORA abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- **PREVISORA** tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado - Incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc. - en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.

- De igual manera, **PREVISORA** tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado contare con otra póliza o pólizas de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

CESIÓN DE DERECHOS

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

17/04/2015-1324-P-06-RCP006-VERSIÓN 004

Pág. 11 de 13

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

DEFINICIONES

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

01/12/2014-1324-NT-P-06-ACCLINHOSRCP006

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

RCP006

puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) Indicado en las Condiciones Particulares.

- g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- h) **Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un "acto médico" y/o "evento".

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

- Agravación del Riesgo

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

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

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



CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

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

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

1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).
2. **Hechos de Guerra Civil:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.
3. **Hechos de Rebelión:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el Gobierno Nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.
4. **Hechos de Sedición y Motín:** Se entienden por tales los hechos dañosos mediante el empleo de las ramas que pretenden impedir transitoriamente el libre funcionamiento del régimen constitucional o legal vigentes.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como asonada y conmoción civil.
5. **Asonada:** Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultuaria para exigir violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

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

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

RCP006



PREVISORA

SEGUROS

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

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

8. **Hechos de Terrorismo:** Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.

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

9. **Hechos de Huelga:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

- a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
- b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

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

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

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

