JUAN CAMILO
ARANGO RIOS
ABOGADOS

JCAR

Señores
JUZGADO ~~SEGUNDO~~ 16 (16°) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORAL DE MEDELLÍN
Dra. BEATRIZ ELENA GUTÍERREZ CORREA - Juez

E. S. D.

OJM3J19FEB'2010:24

REFERENCIA	**CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR SUMIMEDICAL S.A.S.**
RADICADO	**05001-31 03 016-2017-00050-00**
DEMANDANTE	**GUILLERMO EFRÉN RÍOS FLÓREZ**
DEMANDADO	**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. EPS. SURA - HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE, JULÍAN CUARTAS ZAPATA, CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA Y PAOLA CRISTINA ATEHORTÚA SERNA**
LLAMADO EN GARANTÍA	**LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

JUAN CAMILO ARANGO RÍOS, actuando en mi calidad de apoderado especial de la compañía **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS,** de conformidad con el poder especial que ya fue allegado al expediente de este proceso, procedo a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**, formulado por la **SUMIMEDICAL S.A.S.,** en los siguientes términos:

CAPITULO PRIMERO (1°)
CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y A LA REFORMA A LA DEMANDA

Sobre los hechos, pretensiones y pruebas de la demanda, ya nos pronunciamos cuando contestamos como apoderados de la Compañía la demanda, razón por la cual, sólo nos pronunciaremos en ésta oportunidad razón del llamamiento en garantía formulado por Sumimedical Ltda, solicitando de manera respetuosa se tengan esas consideraciones previas sobre la demanda principal, como parte integral de éste memorial, ello en aplicación del principio de economía procesal.

arangojuancamilo@une.net.co
Carrera 46 # 52 - 36 Oficina 507
Edificio Vicente Uribe Rendón
Medellín • Colombia
T/F (054) 251 77 01

20 FEB 2020

Acuerdo

CAPITULO SEGUNDO (2°)
CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

1. SOBRE LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Nos pronunciaremos sobre los hechos objeto del llamamiento en garantía, precisando sobre los siguientes aspectos:

1. Es cierto que entre SUMIMEDICAL S.A.S. y LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS se suscribió la póliza Nro. 1004874, de la cual se aporta con el llamamiento en garantía copia del certificado Nro. 8 de renovación, para la vigencia 06-06-2013 al 06-06-2014, debiéndonos atener a las condiciones de aseguramineto particulares y generales contenidas en la forma RCP-006-3.

2. No nos consta por tratarse de hechos de terceros, por lo cual nos atenemos a lo que al respecto se pruebe de cara a la contratación entre EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. con la IPS COMFAMA.

3. No nos consta por tratarse de hechos de terceros, por lo cual nos atenemos a lo que al respecto se pruebe de cara a la contratación entre IPS COMFAMA y SUMIMEDICAL S.A.S., cuyo objeto era según este hecho la prestación del servicio a tráves del personal médico de todos los Centros Integrales de salud (CIS), y que entre ellos se encontraba el CIS San Ignacio.

4. Al respecto nos atenemos al contenido de la demanda y del llamamiento en garantía formulado por la demandada COMFAMA a SUMIMEDICAL S.A.S.

5. Frente a la vigencia del contrato de seguro póliza Nro.1004874 Certificado Nro. 8, frente al cual limita su llamamiento SUMIMEDICAL S.A.S., debemos indicar que en efecto este opera por el *sistema de reclamación* y conforme a lo pactado en dicho contrato ofrece cobertura frente a reclamaciones efectuadas dentro de la vigencia de la póliza siempre que fueran por hechos ocurridos dentro del periodo de retroactividad, es decir despues del 06 de junio de 2007. Lo anterior resulta importante de cara a la fecha en la cual se hiciera la reclamación a SUMIMEDICAL S.A.S., la cual según se puede apreciar en el llamamiento en garantía formulado a ella por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMA se dio el **25 de mayo de 2017 y notificado el 31 de octubre de 2018,** es decir por fuera de la vigencia del contrato al cual el llamante en garantía límita su llamamiento.

7

2. SOBRE LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Nos atenemos a las condiciones de aseguramiento pactadas en el contrato de seguro número 1004874 Certificado Nro. 8 para la vigencia comprendida entre el 06-06-2013 y el 06-06-2014, por la cual se nos llama en garantía y en virtud de la cual el llamante limitara su llamamiento.

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE ALLLAMAMIENTO EN GARANTIA

3.1. PRINCIPAL

3.1.1. EL CONTRATO IDENTIFICADO POR LA PÓLIZA NRO. 1004874 CERTIFICADO NRO.8 VIGENCIA 06-06-2013 AL 06-06-2014 ***NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL***

Tal y como se puede apreciar en el expediente contentivo de este proceso, la reclamación a SUMIMEDICAL S.A.S. solo se puede entender efectuada al momento mismo en el cual la aquí demandada CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA - COMFAMA formulara llamamiento en garantía el día **25 de mayo de 2017 y que fuere notificada a Sumimedical el 31 de octubre de 2018,**

Al verificar las condiciones de aseguramiento particulares y generales del contrato de seguro póliza Nro. 1004874, Certificado Nro. 8, vigente entre el 06-06-2013 y el 06-06-2014, al cual limitara su llamamiento en garantía SUMIMEDICAL S.A.S., encontramos que en hoja anexa Nro. 1 se encuentra expresamente señalado que dicho contrato de seguro opera bajo la modalidad CLAIMS MADE o de reclamación.

El Artículo 4 de la Ley 389 de 1997, indica:

*"ARTICULO 4o. En el seguro de manejo y riesgos financieros y **en el de responsabilidad** la cobertura **PODRÁ** circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y **a las reclamaciones***

formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.
*Así mismo, **se PODRÁ definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dós años.***

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional, por razones de interés general, podrá extender lo dispuesto en el presente artículo a otros ramos de seguros que así lo ameriten". (Subraya, negrilla y mayúscula fuera de texto)

Este Artículo introdujo, específicamente para los seguros de responsabilidad civil, ***LA POSIBILIDAD*** de cubrir los siniestros ocurridos antes de la vigencia de la póliza, pero que se reclamen durante la vigencia de la misma; siempre y cuando el siniestros ocurra en el periodo de retroactividad pactado en el contrato de seguro (Contrato de seguro bajo la modalidad *CLAIMS MADE*). Sin embargo tiene que tenerse claro que, como claramente se indicó, esta modalidad de seguro de responsabilidad civil que introdujo la Ley 389 de 1997, es ***UNA POSIBILIDAD*** o potestad de las partes que suscriben el contrato de seguro. Circunstancia que hace absolutamente necesaria la manifestación expresa que se quiera suscribir el contrato bajo esta modalidad. Si se hace caso omiso a esta ***POSIBILIDAD***, el contrato de seguro se suscribe bajo la modalidad tradicional *de ocurrencia*, es decir, bajo aquella modalidad que cubre los siniestros que se presenten durante la vigencia de la póliza.

Como conclusión a todo lo anterior, debe tenerse que virtud de la póliza Nro. 1004874 Certificado Nro. 8 por la cual se nos llama en garantía, ***esta no ofrece cobertura temporal frente a la fecha en la cual se hiciera la reclamación a nuestro asegurado.***

3.2. EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

3.2.1 CONTRATO DE SEGURO NO VINCULADO AL LLAMAMIENTO PERO QUE PUDO OFRECER AMPARO TEMPORAL FRENTE AL LLAMAMIENTO EFECTUADO POR SUMIMEDICAL S.A.S. / SOBRE EL CONTRATO 1018238 CERTIFICADO 11.

Pese a que el llamamiento en garantía formulado por SUMIMEDICAL S.A.S. ***se limitó al contrato de seguro identificado por la póliza 1004874 Certificado Nro. 8,*** debe indicar esta defensa que en ejercicio de la buena fe contractual que ha caracterizado a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, entre SUMIMEDICAL S.A.S. y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS sí existía un contrato de seguro vigente para el momento de la reclamación a nuestro asegurado de cara a los hechos materia de este proceso, *siendo dicho contrato de seguro el identificado por el*

Nro. 1018238, Certificado Nro.11 de Modificación, el cual ofrecía vigencia extendida entre el 5-08-2018 y el 06-04-2020 y que se rige también por las condiciones de aseguramiento RCP-006 versión 4.

Por lo anterior, en caso de considerarse por parte del Despacho que es viable vincular un contrato de seguro diferente a aquel al cual el llamante limitara su acción, solicitamos en forma respetuosa al Desapcho se sirva indicar expresamante que con base al sistema por el cual opera el contrato de seguro, sistema CLAIMS MADE, ***el único certificado y vigencia eventualmente afectable sería el contenido en el Certificado Nro. 11, vigencia del 05-08-2018 al 06-08-2018 con extensión de vigencia hasta el 06-04-2020, según carátula de la póliza.***

3.2.2 EXCLUSIÓN EXPRESA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIVIDUAL PROPIA DE LOS MÉDICOS

Como puede observarse en las pólizas por las cuales se hace el llamamiento a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y la única póliza eventualmente afectable, estas son pólizas multiriesgo, con las cuales en principio se pretendería afectar el riesgo de RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES. Sin embargo, como puede leerse claramente en la página anexa tercera de ambas pólizas, donde las partes del contrato de seguro establecieron condiciones ESPECIALES de aseguramiento, se dispuso:

"EXCLUSIONES

7. La Responsabilidad Civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.

De esta forma, el hecho que se debate en éste proceso obedece a un reproche en un servicio de salud, el cual en caso de determinarse corresponde a un acto por responsabilidad propia de los galenos que han sido vinculados en la atención y que al parecer también ahn sido llamados en garantía, **no contarían con cobertura en las pólizas referidas.**

3.2.3. INCUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES SÉPTIMA Y OCTAVA DE LAS CONDICIONES GENERALES

La entidad asegurada por la póliza 1018238, incumplió el deber de efectuar la notificación que debe hacerle a la aseguradora de los supuestos hechos ocurridos en las 48 horas siguientes a su acaecimiento, según lo dispuesto en la condición séptima de las condiciones generales de la póliza, que dice así:

"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 hurto, extravió o perdida de historias médicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 48 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá tener la siguiente información:*

(…) Subrayas y negrita fuera de texto."

Ahora bien, además de lo anterior, se concede en las condiciones particulares del contrato de seguro ya citado un PLAZO PARA DENUNCIA DE RECLAMOS en los siguientes términos:

CONDICIÓN OCTAVA

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. "

Así las cosas, si asumimos en gracia de discusión, que el conocimiento de los hechos se tuvo con la notificación del llamamiento en garantía formulado a SUMIMEDICAL S.A.S., sin que el aviso estipulado en el contrato de seguro, de acuerdo a la información que reposa en la Compañía, no se realizó.

Las notificaciones señaladas, nunca se dieron a mi representada, y de probarse consecuencia importante para el establecimiento del daño, contragarantía, o perjuicios al asegurador, ésta situación tendrá que ser tenida en cuenta.

3.2.4. CONFIGURACIÓN DE UNA EXCLUSIÓN ABSOLUTA

En el remotísimo evento que llegare el despacho a acceder a las pretensiones de la parte actora, y se logre probar en el curso del proceso que el acto médico objeto de reproche se encuentre prohibido por leyes específicas o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales, se configurará una exclusión absoluta, de acuerdo a lo establecido en el clausulado de condiciones generales de la póliza por la cual se nos llama en garantía:

> *"2. **EXCLUSIONES ABSOLUTAS***
> *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 necesarias, 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."*

3.2.5. EXCLUSION POR DOLO O CULPA EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En las condiciones generales de las pólizas 1018238 (RCP-006-4) se estableció cuáles eran las Exclusiones que operaban. En este orden de ideas, se estableció en el numeral 2.11 la siguiente exclusión:

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

Así las cosas, en el evento que el despacho considere que se encuentran probados el dolo o la culpa grave de alguno de los médicos y/o auxiliares, deberá aplicarse la exclusión contenida en el numeral 2.11 de las condiciones generales de las pólizas antes citadas.

3.2.6. LÍMITE Y SUBLIMITE AL VALOR ASEGURADO Y CORRELATIVA DISPONIBILIDAD DE ÉSTE.

En el eventualísimo caso que se condene a mí representada, la condena deberá respetar ***el límite y sublimite al valor asegurado y la correlativa disponibilidad del mismo.***

Deberá además atenerse a lo dispuesto en relación con el valor de la suma asegurada, el contrato 1018238 certificado 11, posee un límite asegurado para el riesgo de responsabilidad civil clínicas y hospitales de tres mil quinientos millones de pesos ($3.500.000.000), **PERO ESTE LÍMITE CUENTA A SU VEZ CON UN SUBLÍMITE POR EVENTO Y/O VIGENCIA PARA PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DEL 40% ($ 1.400.000.000.) POR EVENTO.**

Así las cosas, el asegurado no puede reclamar del asegurador una suma mayor que la asegurada, así el daño haya sido superior, siendo fundamental para el caso establecer que la suma debe estar disponible al momento de una remota condena a nuestro representado y que además no se encuentre agotada por otras reclamaciones hechas con cargo a la misma póliza.

Esta sublimitación es de importancia a éste proceso, dado que la mayor parte de las pretensiones son por perjuicios morales.

3.2.7. DEDUCIBLE PACTADO.

En el eventualisimo caso que se condene a mi representada, la condena deberá respetar, además del límite asegurable y la correlativa disponibilidad del mismo, **el deducible** pactado en la póliza No. 1018238 certificado Nro. 11.

Este deducible corresponde al 10% del valor de la pérdida, sin que eso sea inferior a $10.000.000 , para RC CLINICAS Y HOSPITALES; y del 12% mínimo $10.000.000 para perjuicios extrapatrimoniales.

De allí que sólo surgirá obligación en cabeza de mi representada en el caso de que una eventual condena excediera esa cantidad mínima, tal y como se establece en el clausulado de la póliza contratada.

3.2.8. APLICACIÓN DEL PRINICIPIO IURA NOVIT CURIA

Le solicito se sirva declarar todas aquellas excepciones de mérito que no hubieren sido presentadas, pero que hayan sido, de acuerdo con la ley, debidamente probadas dentro del proceso, de acuerdo con el principio *IuraNovit Curia*.

CAPITULO TERCERO (3º)
PRUEBAS

1. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicitamos interrogatorio de parte a **los demandantes** el cual será formulado en la oportunidad señalada por el Despacho.

2. TESTIMONIAL

Me reservo el derecho a participar en la práctica de las pruebas testimoniales solicitadas por las partes intervinientes.

3. PRUEBA DOCUMENTAL APORTADA

Pólizas de Responsabilidad Civil Nro.1018238, por la cual se nos llama en garantía, así como del certificado eventualmente afectable, así como de las condiciones generales clausulado RCP-006-4 aplicable a dichos contratos de seguro.

CAPITULO CUARTO (4º)
DEPENDENCIAS

Solicito respetuosamente al Despacho se permita examinar el expediente y sacar copias de este, a los estudiantes de derecho **ALEJANDRO GÓMEZ MARÍN**, identificado con la cedula de ciudadanía

N° 1.037.659.502, estudiante de derecho de la Universidad de Medellín, quien actuarán bajo mi entera responsabilidad y en calidad de Dependiente Judicial.

CAPITULO QUINTO (5°)
NOTIFICACIONES

Para efectos judiciales en el presente proceso, mi representada y el suscrito apoderado, seremos ubicados en la Carrera 46 # 52 - 36, oficina 507, Edificio Vicente Uribe Rendón, de la ciudad de Medellín, teléfonos 4110893, Móvil 301 649 15 53. – correo electrónico arangojuancamilo@une.net.co

Cordialmente,

JUAN CAMILO ARANGO RIOS
C.C. 71.332.852 de Medellín
T.P. 114.894 del C.S.J.

15

PÓLIZA Nº
1018238

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

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	MES	AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
19	7	2018	PRORROGA	9			NO

TOMADOR	1723192-SUMIMEDICAL S.A.S.	NIT	900.033.371-4
DIRECCIÓN	CALLE 47 D 70-113, MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELÉFONO	2505963
ASEGURADO	1723192-SUMIMEDICAL S.A.S.	NIT	900.033.371-4
DIRECCIÓN	CALLE 47 D 70-113, MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELÉFONO	2505963

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS	HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS	NÚMERO DE DÍAS
MEDELLIN	1002	10	19	7	2018	6	7	2018	00:00	6	8	2018	00:00	31

MONEDA	TIPO CAMBIO	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
Pesos	1.00	4. 30 DIAS	$ 3,500,000,000.00

CARGAR A: SUMIMEDICAL LTDA

Riesgo: 1 -
CL 47 D 70 113, MEDELLIN, ANTIOQUIA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	3,500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	3,500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	3,500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	3,500,000,000.00	SI	6,616,438.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 10,000,000.00 $		NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	3,500,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	350,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	175,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	1,400,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 10,000,000.00 $		NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	700,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	175,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 $		NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000	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	$*****6,616,438.00
GASTOS	$**********0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	$***1,257,123.22
AJUSTE AL PESO	$**********-0.22
TOTAL A PAGAR EN PESOS	$***7,873,561.00

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 90%, POR LO TANTO ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIONES DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

18/02/2020 10:00:47

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN

CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA
5	Allianz Seguros S.A.	40.00	2,646,575.20

INTERMEDIARIOS

CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
3792	3	JAVIER ESCOBAR URIBE Y	15.00	992,465.70

PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1018238 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: PRORROGA	9

SEGUN COMUNICACION SE PRORROGA POLIZA CON VIGENCIA 06/07/2018 AL 06/08/2018.
VALOR ASEGURADO $3.500.000.000
PRIMA $6.616.438.

DISTRIBUCIÓN DE COASEGURO CEDIDO
SUSCRIPCIÓN DE NEGOCIOS
La cobertura que se concede en virtud de la presente póliza se otorga por PREVISORA SEGUROS, como aseguradora líder y lo suscriben también las Compañías aseguradoras más adelante relacionadas, pero las obligaciones de las Compañías para con el asegurado no son solidarias.

El riesgo y la prima correspondiente, se distribuyen entre las citadas Compañías Aseguradoras de la siguiente forma:

COMPAÑÍA	%	VR.ASEGURADO	PRIMA NETA
La Previsora S.A	60	2.100.000.000	3.969.863
Allianz Seguros S.A.	40	1.400.000.000	2.646.575

La administración y atención de la póliza corresponde a PREVISORA SEGUROS la cual recibirá del asegurado la prima total para distribuirla entre las Compañías coaseguradoras en las proporciones indicadas anteriormente.

En los siniestros directos la Compañía líder pagará únicamente la participación porcentual señalada anteriormente y además una vez recibida la participación correspondiente de las otras Compañías, sin que en ningún momento se haga responsable por un porcentaje mayor al de su participación.
ICP/LINA ATEHORTUA******FIN DE TEXTO****

16

PÓLIZA Nº 1018238

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

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	MES	AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
24	8	2018	MODIFICACION	11			NO

TOMADOR	1723192-SUMIMEDICAL S.A.S.	NIT	900.033.371-4
DIRECCIÓN	CALLE 47 D 70-113, MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELÉFONO	2505963
ASEGURADO	1723192-SUMIMEDICAL S.A.S.	NIT	900.033.371-4
DIRECCIÓN	CALLE 47 D 70-113, MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELÉFONO	2505963

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS	HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS	NÚMERO DE DÍAS
MEDELLIN	1002	10	24	8	2018	5	8	2018	00:00	6	8	2018	00:00	1

MONEDA: Pesos
TIPO CAMBIO: 1.00

CARGAR A: SUMIMEDICAL LTDA

FORMA DE PAGO: 4. 30 DIAS

VALOR ASEGURADO TOTAL: $ 0.00

Riesgo: 1 -
CL 47 D 70 113, MEDELLIN, ANTIOQUIA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	3,500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	3,500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	3,500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	3,500,000,000.00	SI	67,267,124.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 10,000,000.00 $		NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	3,500,000,000.00	NO	0.00

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000	100.000 %	NO APLICA

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

SE INCLUYE COBERTURA DE PERIODO EXTENDIDO X 20 MESES ESTA ES DESDE 06/08/2018 HASTA 06/04/2020

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	$****67,267,124.00
GASTOS	$**********0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	$**12,780,753.56
AJUSTE AL PESO	$**********0.44
TOTAL A PAGAR EN PESOS	$**80,047,878.00

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 90%, POR LO TANTO ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIONES DE INDUSTRIA Y COMERCIO.

18/02/2020 10:00:56

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN

CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA
5	Allianz Seguros S.A.	40.00	26,906,849.60

INTERMEDIARIOS

CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
3792	3	JAVIER ESCOBAR URIBE Y	15.00	10,090,068.6

PREVISORA
SEGUROS

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1018238 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: MODIFICACION	**11**

SE EXTIENDE LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN POR PRIMERA VEZ CONTRA EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE HUBIERE SIDO EXPRESAMENTE PACTADO Y OTORGADO

GLORIA G/ATH...***FIN DE TEXTO**

17

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006

PREVISORA SEGUROS

CONDICIONES GENERALES

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

CONDICIÓN PRIMERA

AMPAROS
AMPAROS CUBIERTOS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

a) **PREVISORA** SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).

b) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACIÓN AL "ACTO MEDICO", EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, SEGÚN SE DESCRIBE EN EL PUNTO a) ANTERIOR. EN ESTE CASO **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.

b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.

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

1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;

2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.

3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUSDEPENDIENTES;

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 MEDICA 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 MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, 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/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

2.4 ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.

2.5 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR **PREVISORA** EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

2.6 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO

SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/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.

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 ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.

2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

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

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

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

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

b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.

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

CONDICIÓN SEGUNDA

GARANTÍAS DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 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 científi ca, 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 identifi cación del paciente. Incluyendo identifi cación del paciente (usuario), registros especifi cos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científi co 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, anamnésis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.

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

d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias

clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fi n, 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, modifi quen 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 fi n 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 prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.

m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista especifi ca 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 especifi co, 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) (N°) representa la cifra máxima por la cual **PREVISORA** será responsable por todo concepto de "indemnización", "costas, gastos, intereses y honorarios", conforme a los Límites de Cobertura indicados en dicha condición particular y descriptos a continuación:

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

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

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

- El número de individuos y/o organizaciones aseguradas

- El número de "reclamos" y/o demandas reportadas

- El número de personas y/u organizaciones presentando "reclamos" y/o demandas

c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especifi cada en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notifi cados 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 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 Asegurador, el cual emitirá un endoso especial, siempre y cuando se declare y aparezca el nombre y especialidad del profesional en una relación que se adhiere a esta póliza, formando parte integral de la misma, y previo pago de la prima correspondiente.

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

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

CONDICIÓN SEXTA

PRIMA

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

CONDICIÓN SÉPTIMA

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

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

La notifi cación 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 notifi cación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

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

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

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

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

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

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

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

- Pagar de contado la prima correspondiente

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA:**

- No podrá negarse a emitir el anexo.

- No podrá cancelarlo una vez emitido.

- Mantendrá vigente el anexo hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período otorgado de dos (2) años, cualquiera que suceda primero.

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

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

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

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

PROCESO PENAL

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

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

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

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 riego, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual **PREVISORA** tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

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

a) Cuando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.

b) Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.

c) Cuando 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 verifi car 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 verifi cación 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 esta 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

PREVISORA SEGUROS

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 fi n de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

OTROS SEGUROS

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

CESIÓN DE DERECHOS

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Todas las modifi caciones y/o desistimientos y/o renuncias a los derechos y/o benefi cios de la presente póliza serán efectuados solamente por medio de anexo emitido, debidamente fi rmado 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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

- Agravación del Riesgo

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

.

La notificación se hará con antelación no menor de 10 días a la fecha de la modifi cación 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 notifi cación 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 Articulo 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 geográfi ca, 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 modifi car el régimen constitucional o legal vigente.

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

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

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

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

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

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

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

8. **Hechos de Terrorismo:** Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las personas o las edifi caciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fl uidos 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 ofi cialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la fi nalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su califi cación 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 ofi cialmente), 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 fi nalidad gremial o extragremial que motivo el lock out, así como tampoco su califi cación 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 sufi ciente de la notificación, la constancia de envío escrito por correo recomendado o certifi cado, a la última dirección conocida de las partes.

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

0000163276

Universidad de Medellín
Ciencia y Libertad

CERTIFICADO DE MATRÍCULA

NOMBRE	GÓMEZ MARÍN ALEJANDRO
DOCUMENTO	1,037,659,502
PROGRAMA	DERECHO
JORNADA	MIXTA MODALIDAD PRESENCIAL
NIVELES PROGRAMA	10
CRÉDITOS PROGRAMA	151 UNO, CINCO, UNO
REGISTRO CALIFICADO	RESOLUCIÓN 21542 DEL 17/10/2017 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL SNIES 1512
ACREDITACIÓN	RESOLUCIÓN 2570 DEL 23/02/2017 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
APROBACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	103 DEL 31 DE JULIO DE 1950 DE MINJUSTICIA
PERÍODO	2019 SEMESTRE 2
NIVEL MATRICULADO	08

ASIGNATURAS MATRICULADAS	INTENSIDAD HORARIA SEMANAL	CRÉDITOS
CONTRATOS CIVILES Y MERCANTILES II	5	3
DERECHO PROCESAL ADMINISTRATIVO	4	2
ÉNFASIS IV: (UOC DERECHO CIVIL) SEGUROS	4	3
FILOSOFÍA DEL DERECHO	4	3
PRÁCTICA EMPRESARIAL II (UOC DERECHO CIVIL)	3	1
PROCESAL CIVIL ESPECIAL	5	3
TOTAL INTENSIDAD HORARIA SEMANAL/CRÉDITOS	**25**	**15**
TOTAL INTENSIDAD HORARIA SEMESTRAL	**400**	

Continúa...

NumRot 2.0 Version:Certificado11 / UDMx20160411.ps

0000163276

Universidad de Medellín
Ciencia y Libertad

CERTIFICADO DE MATRÍCULA

NOMBRE	GÓMEZ MARÍN ALEJANDRO
DOCUMENTO	1,037,659,502
PROGRAMA	DERECHO
JORNADA	MIXTA MODALIDAD PRESENCIAL
NIVELES PROGRAMA	10
CRÉDITOS PROGRAMA	151 UNO, CINCO, UNO
REGISTRO CALIFICADO	RESOLUCIÓN 21542 DEL 17/10/2017 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL SNIES 1512
ACREDITACIÓN	RESOLUCIÓN 2570 DEL 23/02/2017 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
APROBACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	103 DEL 31 DE JULIO DE 1950 DE MINJUSTICIA
PERÍODO	2019 SEMESTRE 2
NIVEL MATRICULADO	08

CRÉDITOS MATRICULADOS EN EL PERÍODO ANTERIOR: 15 UNO, CINCO
CRÉDITOS APROBADOS EN EL PERÍODO ANTERIOR: 13 UNO, TRES
CRÉDITOS CANCELADOS EN EL PERÍODO ANTERIOR: 2 DOS

PROMEDIO DEL PERÍODO ANTERIOR: 3.80 TRES, OCHO CERO

PROMEDIO GENERAL 3.47 TRES, CUATRO SIETE

INICIO DE CLASES DEL PERÍODO 2019 SEMESTRE 2: 22 DE JULIO DE 2019
TERMINACIÓN DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS DEL PERÍODO 2019 SEMESTRE 2: 13 DE DICIEMBRE DE 2019

INICIO DE CLASES DEL PERÍODO 2020 SEMESTRE 1: 20 DE ENERO DE 2020

El estudiante cuenta con una póliza de protección estudiantil, de la Compañía Seguros de Vida Suramericana S.A, con vigencia para el actual período académico, lo cubre desde el 22 de julio de 2019 hasta el 19 de enero de 2020.

Este certificado se expide para JUAN CAMILO ARANGO RIOS ABOGADOS
- Fin certificado -

Sandra P. Giraldo P

SANDRA PATRICIA GIRALDO MONTOYA
JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO
UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN

Medellín, 20 de agosto de 2019

NumRot 2.0 Version:Certificado11 / UDMx20180411.ps