

Rad. 76001310300620210010800 - Óscar Javier Sierra Ramírez y otros vs Clínica Versalles y otros. Respuesta a la demanda y al llamamiento en garantía Chubb Seguros Colombia S.A.

Laura Restrepo Madrid <lrestrepo@restrepovilla.com>

Mié 29/09/2021 9:45

Para: Juzgado 06 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j06cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Ana Isabel Villa Henríquez <avilla@restrepovilla.com>; Carolina Trujillo <ctrujillo@restrepovilla.com>; Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>; Israel Llop Vall <israel-llop@unilibre.edu.co>; juridico@ceditltda.com <juridico@ceditltda.com>; dr.ricardomercaro@hotmail.com <dr.ricardomercaro@hotmail.com>

Medellín, 29 de septiembre de 2021

Señores

Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cali

E. S. D.

Proceso

Demandante:

Demandados:

Radicado:

Verbal

Óscar Javier Sierra Ramírez y otros

Clínica Versalles y otros

76001310300620210010800

Asunto:

Respuesta a la demanda y al llamamiento
en garantía

Laura Restrepo Madrid, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43.626.317 de Medellín y abogada con tarjeta profesional No. 99.671 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita de la sociedad de servicios jurídicos **RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S.**, apoderada del llamado en garantía **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, de conformidad con el poder que ya obra en el expediente, radico por este medio la respuesta a la demanda -y al escrito de subsanación de la misma- promovida por el señor **Óscar Javier Sierra Ramírez y otros**, en contra de la **Clínica Versalles y otros**, y al llamamiento en garantía formulado por esta última frente a CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

La respuesta se presenta en forma oportuna, toda vez que Chubb Seguros Colombia S.A. recibió el día 03 de septiembre de 2021 el correo electrónico con la notificación personal del auto interlocutorio No. 1050 del 13 de agosto de 2021, admisorio del llamamiento en garantía en el cual se le concede traslado por el término de veinte (20) días.

Se adjuntan con este correo los siguientes archivos:

1. Escrito de respuesta a la demanda y al llamamiento en garantía por parte de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
2. Póliza No. 12-42623.

El poder conferido a Restrepo & Villa Abogados, Certificado de Existencia y Representación de Restrepo & Villa Abogados, y Certificado de Existencia y Representación de Chubb Seguros Colombia S.A. ya fueron aportados con un memorial anterior.

Se copia este correo a las partes procesales cuyas direcciones electrónicas se conocen, para efectos del Decreto 806 de 2020.

Favor confirmar recepción.

Atentamente,

Restrepo & Villa
A B O G A D O S

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

Póliza Ant.:

Ramo				Operación				Póliza		Anexo		Referencia					
12 RESPONSABILIDAD				01 Poliza Nueva				42623		0		12004262300000					
Sucursal				Vigencia del Seguro								Fecha de Emisión					
05 CALI				Desde	Año	Mes	Día	Hora	Hasta	Año	Mes	Día	Hora	Año	Mes	Día	
					2019	11	10	00		2020	11	09	24		2019	11	20
Tomador		CLINICA VERSALLES S.A										C.C. O NIT		8000489540			
Dirección		AV 5A N°. 23N-46										Ciudad		CALI			
Asegurado		VER ASEGURADOS CONDICIONES PARTICULARES										C.C. O NIT		30			
Dirección		.										Ciudad		.			
Beneficiario		TERCEROS AFECTADOS										C.C. O NIT		11111			
Dirección		ND										Ciudad		-			
Intermediario																	
30245		LLANO DOMINGUEZ LTDA AGENCIA D						4,80									
45110		WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA						11,20									

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

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

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.

La mora en el pago de la prima de la presente póliza, o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la compañía de seguros para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la expedición de la póliza.

Valor Prima	250.000.000,00	\$COP
Gastos Exped.	0,00	\$COP
I.V.A.	47.500.000,00	\$COP
Total a Pagar	297.500.000,00	\$COP

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

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



Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

Hoja Matriz de: OTROS										
Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.				
RESPONSABILIDAD CIVIL	12	01	42623		0					
Operacion:POLIZA NUEVA					18 OPERACION ORIGINAL					
T.Pol.	Periodo	T. Seg.	T.Neg.	1	Mod. Seguro	0	CON:			
			COMERCIAL		EXTRA CONTRACTUA					
Forma Lucro	Coaseg.	Periodo	Poliza	Pol.Rel/Autor						
Cesante	Pactado	%Indemn.	Meses/Acomod. N	/						
Negocio 40		No Jumbo								
Departamento....: CUNDINAMARCA					Cod.....:	03				
Sucursal.....: CALI					Cod.....:	05				
NombMULTIBROKER					Cod. Agente.....:	1-1111				
					Cods.Agente...:	% / 16.00%				
Tomador.....: CLINICA VERSALLES S.A					Nit. CC.....:	8000489540				
Direccion.....: AV 5A N°. 23N-46					Ciudad.....:	CALI				
Asegurado.....: VER ASEGURADOS CONDI CIONES PA					Nit. CC.....:	30				
Direccion.....: .										
Beneficiario....: TERCEROS AFECTADOS					Nit. CC.....:	11111				
Direccion.....: ND										
Moneda.....: PESOS					Cod.....:	00				
Tipo de Cambio...										
VIGENCIAS: POLIZA					DOCUMENTO	Calculo: 2=Corto Pl.				
Ter Dias Emision Desde Hasta					Desde Hasta	Prima 3=Prorrata				
12 365 20191120 20191110 20201109					20191110 20201109	3 4=Especial				
Tipo de Negocio..					Sin Coaseguro	%				
ó Aceptacion....:										
Coaseguros.....:					Poliza Lider	Doc Lider				
Aceptados					% Participacion	%				
Nro.	Bien	Cod	Des	Descripcion del Riesgo:			Suma A/da. Anual			
de	A. o	de	cr.				Decl	Ram	Dias	Lim.Max.Asegurado
Rsgo	Tray	Amp	Amp	Bien Asegurado			arac	Esp	Lucro	Lim.Max.Despacho.
001	001	44	MDM	EDIFICIO			N	12		1000.000.000,00
TOTAL VALORES										1.000.000.000,00
Des	Vlr.A/ble/*	Valor	Su	Tasa	Valor	* Deducibles *				
Amp	Valor Base*	Despacho	ma	Basica	Prima	%		Valor		
MDM	1000.000.000,00		S	0,000	250.000.000,00	0,000				
TO	1.000.000.000,00				250.000.000,00	...		TOTALES		

Hoja Matriz de: OTROS

Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	 12 	01 	42623 		 0 	

Operacion:POLIZA NUEVA

18 OPERACION ORIGINAL

 Continuation de la pagina Anterior
 =====

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

001	.		EDF.Y CTS CON PRO		6513		
===== COASEGUROS CEDIDOS =====							

 Clausulas y Textos:

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

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

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

Certificado N°	:	GCP/ 12-00000
Asegurado	:	VER ASEGURADOS CONDI CIONES PARTICULARES
<i>Insured</i>		
Codigo Multinacional	:	Rcc Treaty
<i>Multinational Code</i>		
Poliza Local No.	:	0042623
<i>Local Policy No.</i>		
Endoso No.	:	00000
<i>Endorsement No.</i>		
Ubicación	:	.
<i>Location</i>		
Ramo	:	RESPONSABILIDAD
<i>Line of Bussines</i>		
Vigencia	:	2019/11/10 a 2020/11/09
<i>Policy Term</i>		
Bienes Asegurados	:	
<i>Insured Properties</i>		
Moneda	:	PESOS
<i>Currency</i>		
Suma Asegurada Total	:	1,000,000,000.00
<i>Insured Amount</i>		
Prima Total	:	250.000.000,00
<i>Premium</i>		
Su Participación Suma	:	1,000,000,000.00
<i>Your Share Sum</i>		
Su Participación Prima	:	250.000.000,00
<i>Your Share Premium</i>		
Reserva de Primas	:	
<i>Premium Reserve</i>		
Comisión	:	
<i>Commission</i>		
Saldo Neto	:	250.000.000,00
<i>Net Balance</i>		
Observaciones	:	CONTRATO
<i>Observations</i>		POLIZA NUEVA

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

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

Santa Fe de Bogotá 20 de NOVIEMBRE de 2019

Reasegurador
Reinsurer

Cedente
Cedent

Certificado de Cesión de Reaseguro

Anexo "A"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0042623	00000	12-00000	01 POLIZA NUEVA	0000000

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia
00		2019/11/20	2019/11/10 A 2020/11/09

Asegurado
00000000030-VERASEGURADOS CONDI CIONES PARTICULARES

Reasegurador	Broker
-	

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

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	% Cedido	Suma Cedida	Prima Cedida	Comisión	% Comisión	Reserva	% Reserva
12	MEDICAL		1000,000,000.00	250,000,000.00				
		SUBTOTAL	1000,000,000.00	250,000,000.00				

Certificado de Cesión de Reaseguro
Anexo "B"

Póliza	Endoso	Certificado Nro.	Operación	Endoso Ref.
0042623	00000	12-00000	01 POLIZA NUEVA	0000000

Moneda	Cambio	Emisión	Vigencia
00 PESOS		2019/11/20	2019/11/10 A 2020/11/09

Asegurado
00000000030-VERASEGURADOS CONDI CIONES PARTICULARES

Reasegurador	Broker
--------------	--------

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

Location	TpoCbr	CshFlw	Usa	SpcRsk

Distribución de Reaseguro

Ssb	Cobertura	Distribución de Suma	Distrib. de Prima	Comisión	Reserva	Total
RETENIDO						
12	MEDICAL	1000,000,000.00	250,000,000.00			250,000,000.00
		1000,000,000.00	250,000,000.00			250,000,000.00
		1000,000,000.00	250,000,000.00			250,000,000.00

12 - 12

REA031

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

%cedido	<u>Distrito Suma</u>	<u>Distrito Prima</u>	valor	%	valor	%
Sbttotal						
Tot Ret						
Tot Ced						
Totales						

ELITE - MÉDICA
CONDICIONES PARTICULARES

Tomador: CLINICA VERSALLES
Asegurado: CLINICA VERSALLES
Vigencia: Desde Noviembre 10 de 2019 a las 00:00 horas Hasta Noviembre 09 de 2020 a las 24:00 horas
Interes: Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitación Territorial: Colombia
Jurisdicción: Colombia
Modalidad de Cobertura: Claims Made
Retroactividad: Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A. Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad.

Condición aplicable para la fecha de retroactividad otorgada en esta póliza: La aseguradora no será responsable y el asegurado renuncia al llamamiento en garantía de la aseguradora, por cualquier evento, reclamo o circunstancia que pueda estar cubierta por otra póliza cuya modalidad sea distinta a la de claims made.

La anterior condición queda como exclusión absoluta.
 Fecha De Antigüedad: Noviembre 10 de 2019

Condiciones Economicas

Limite Asegurado	Deducible	Prima Antes de Iva
Cop \$1.000.000.000	10% mínimo COP \$60.000.000 de todos y cada uno de los reclamos	COP\$ 250.000.000

Cobertura Basica

- Cobertura de responsabilidad civil para instituciones médicas

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

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.
 Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Basicas

Haciendo parte del limite agregado anual de la poliza	Sublimite
Cobertura para cirugías reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%
Cobertura de responsabilidad civil extracontractual PLO	75%

Exclusiones Adicionales

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

- ☐ ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS.
- ☐ RECLAMOS PRESENTADAS POR TERCEROS RESPECTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES MÉDICAS, COMO SON LA GESTIÓN Y SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO, AUTORIZACIONES DE CITAS MEDICAS, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS, AUTORIZACIONES REFERENTE A ORDENES Y/O FUNCIONES EMPRESARIALES NO MÉDICOS, COMPRA DE ACTIVOS COMO EDIFICIOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS ETC. CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON DIRECTORES Y ADMINISTRADORES Y TODO LO RELACIONADO CON MANAGED CARE E&O.
- ☐ QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS CONTEMPLADAS EN LA SECCION 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- ☐ EXCLUSIÓN OFAC: ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.
- ☐ EXCLUSIÓN DE CONDUCTA SEXUAL
EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.
CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.
- ☐ EXCLUSIÓN DE CIRUGIAS Y/O PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS O ESTÉTICOS
EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS Y/O PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS O ESTÉTICOS.
- ☐ EXCLUSION DE SITUACIONES ESPECIFICAS: POR CUALQUIERA DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES A CARGO DEL ASEGURADO, PROVENIENTES DE UNA RECLAMACIÓN DERIVADA RESPECTO DE LA SINIETRALIDAD REPORTADOS POR EL ASEGURADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO ENVIADO A CHUBB SEGUROS Y QUE SIRVIO DE BASE PARA ESTA COTIZACION.

Condiciones Adicionales

☐ Se modifica en la definicion c. Asegurado de la seccion 26. Definiciones del condicionado general de la siguiente manera:
Se considera como Asegurado pero unicamente con respecto a Reclamaciones por causa de un Acto Medico Erroneo en la Prestacion de los servicio profesionales prestados en nombre del Asegurado: Estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro y fuera de las instalaciones de los Asegurados, según convenios que se puedan firmar con otras entidades, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el (los) Asegurado(s) y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo de los convenio asistenciales, docencia-servicio y de movilidad, deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no.
La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997
Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza
Fecha de retroactividad:
Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A. Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad.
Condición aplicable para la fecha de retroactividad otorgada en esta póliza: La aseguradora no será responsable y el asegurado renuncia al llamamiento en garantía de la aseguradora, por cualquier evento, reclamo o circunstancia que pueda estar cubierta por otra póliza cuya modalidad sea distinta a la de claims made.

La anterior condición queda como exclusión absoluta
Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Noviembre 10 de 2019
PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses
Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.
Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043 - 17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

Participacion CHUBB: 100% de la anterior Suma Asegurada y prima
Términos de Pago de Prima: Cláusula de pago de prima 90 días calendario.

Intermediarios Willis : 70% Llano Dominguez :30%

Nota:
CHUBB SEGUROS es una subsidiaria de una casa matriz de EE.UU. y CHUBB Limited, una empresa que cotiza en la Bolsa de Nueva York. Por consiguiente, CHUBB SEGUROS está sujeta a ciertas leyes y regulaciones de Estados Unidos [además de las restricciones de sanciones de la Unión Europea, las Naciones Unidas y nacionales] que pueden prohibirle la prestación de cobertura o el pago de reclamaciones a determinadas personas entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba

Anexo 7 – Responsabilidad civil extracontractual (PLO)**CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO**

MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE ESTE ANEXO Y DE APARECER COMO TAL AMPARADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO POR LAS PARTES QUE SE CUBREN LAS RECLAMACIONES QUE SE PRODUZCAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO DERIVADA DE LOS DAÑOS A BIENES Y TERCEROS Y/O LESIONES O MUERTE A PERSONAS CAUSADOS POR HECHOS ACCIDENTALES, SÚBITOS, REPENTINOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES A ÉL, ÚNICAMENTE POR:

1. LA POSESIÓN, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS, EN LOS QUE EL ASEGURADO DESARROLLA Y REALIZA LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.
2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL EN LAS INSTALACIONES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA.
3. LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE AMPARAR LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES, QUE EL ASEGURADO SE VEA OBLIGADO A PAGAR CON OCASIÓN DE UN SINIESTRO CUBIERTO BAJO LA MISMA.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

LA PRESENTE COBERTURA SE LE APLICA LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

- a. TODA CLASE DE EVENTOS OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.
- b. DAÑOS PUNITIVOS O EJEMPLARIZANTES
- c. PERJUICIOS MERAMENTE PATRIMONIALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE LESIONES O MUERTE A PERSONAS O DAÑO MATERIAL CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.
- d. OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.
- e. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.
- f. LA INOBSERVANCIA O LA VIOLACIÓN DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.
- g. MULTAS O SANCIONES PENALES O ADMINISTRATIVAS.
- h. DAÑOS GENÉTICOS A PERSONAS O ANIMALES.
- i. TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE GUERRA, GUERRA CIVIL, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO O PODER EXTRANJERO U HOSTILIDADES O ACCIONES BÉLICAS (EXISTA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), REBELIÓN, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, LEVANTAMIENTO MILITAR, NAVAL O AÉREO, GOLPE DE ESTADO O USURPACIÓN DE PODER, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR, MANIFESTACIÓN PÚBLICA, ALBOROTOS POPULARES, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO O SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES O CUALQUIER OTRO ACTO, CIRCUNSTANCIA O ESTADO DE COSAS AFINES O INHERENTES A LAS ANTEDICHAS CAUSAS O DERIVADAS DE ELLAS.
- j. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS, O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O A CUYA EXISTENCIA O CREACIÓN HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE LAS SUSODICHAS CAUSAS, A SABER: A. LA ACCIÓN DE ENERGÍA

ATÓMICA, B. RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTIÓN DE MATERIAL NUCLEAR Y C. LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES.

k. DAÑOS OCASIONADOS A LOS BIENES DEL ASEGURADO O A LAS PERSONAS Y/O BIENES DE LOS ADMINISTRADORES O TRABAJADORES A SU SERVICIO.

l. DAÑOS MATERIALES A AQUELLA ESPECÍFICA PARTE DE UNA PROPIEDAD, EN LA QUE EL ASEGURADO, SUS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS, TRABAJANDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE A NOMBRE DEL ASEGURADO, ESTÉN EFECTUANDO OPERACIONES, SI EL DAÑO MATERIAL PROVIENE DE DICHAS OPERACIONES.

m. HURTO, FALSIFICACIÓN, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACIÓN INDEBIDA DE BIENES DE TERCEROS.

n. DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARÍTIMAS O FLUVIALES, DURANTE OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.

o. OPERACIONES DE AERÓDROMOS, AEROPUERTOS, PUERTOS, HELIPUERTOS Y LAS OPERACIONES QUE EL ASEGURADO REALICE EN ESA CLASE DE INSTALACIONES.

p. DOLO, CULPA GRAVE O ACTOS MERAMENTE POTESTATIVOS DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

q. LA CONDENA, GASTOS Y/O COSTOS DEL PROCESO, CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE LA COMPAÑÍA.

r. DAÑOS AL MEDIO AMBIENTE Y AL ECOSISTEMA.

s. POR CONTAMINACIÓN DE CUALQUIER NATURALEZA

t. CUALESQUIER COSTO O GASTO QUE SE DERIVE O DE ALGUNA MANERA ESTÉ RELACIONADO CON ALGUNA INSTRUCCIÓN, DEMANDA, ORDEN O PETICIÓN GUBERNAMENTAL.

u. COSTOS, GASTOS U OBLIGACIONES PROVENIENTES DE, O DE CUALQUIER FORMA RELACIONADAS CON LA PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A ASBESTOS, O A PRODUCTOS Y/O MATERIALES QUE CONTENGAN ASBESTOS.

v. OPERACIONES DE CORTE O SOLDADURA QUE UTILICEN MANGANESO.

w. EXPOSICIÓN A SÍLICE, O A PRODUCTOS Y/O MATERIALES QUE CONTENGAN SÍLICE, YA SEA QUE DICHA PRESENCIA SEA POR EXPOSICIÓN REAL, ALEGADA O AMENAZANTE.

x. PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A MOHO, HONGOS, ESPORAS, O CUALESQUIER ORGANISMO SIMILAR.

y. PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A P.C.B'S (BIFENILES POLICLORADOS), PLOMO, LÁTEX, MTBE (ETER METIL TERT-BUTILICO), PFOA (ÁCIDO PERFLUOROCTACNICO) O CUALESQUIER SUSTANCIA SIMILAR.

CONDICION TERCERA – CONDICIONES ESPECIALES

Para que exista obligación por parte de la Compañía para pagar los daños extrapatrimoniales objeto de la presente cobertura, se requiere que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

1. Que haya sido dictaminado por un juez.
2. Que haya sido objeto de un acuerdo entre el Asegurado y el afectado, en el que haya participado la Compañía.

Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.



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

01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043

17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

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

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

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

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

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

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

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

2. COBERTURAS ADICIONALES

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

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

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

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

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

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

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

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

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

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

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

3. EXCLUSIONES

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

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

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

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

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

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

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

3.5. SEGUROS ANTERIORES

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

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

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

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

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO, ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

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

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

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

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

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

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

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

3.11. CONTAMINACIÓN

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

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

3.12. DISCRIMINACIÓN

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

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

3.13. ASBESTOS

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

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

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

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

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

3.16. HONORARIOS

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

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

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

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

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

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

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

3.20. ANESTESIA GENERAL

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

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

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

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

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

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

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

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

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

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

3.25. CAMBIO DE SEXO

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

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

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

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

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

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

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

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

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

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

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

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

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

3.34. FALLOS DE TUTELA

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

3.35. EVENTO CIBERNETICO

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

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

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

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

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

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

5. DEDUCIBLE

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

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

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

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

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

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

Reclamación.

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

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

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

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

6.3 DEFENSA

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

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

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

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

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

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

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

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

7. DISTRIBUCIÓN.

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

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

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

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

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

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

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

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

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

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

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

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

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

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

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

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

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

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

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

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

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

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

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

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

14. COMUNICACIONES

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

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

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

16. CESIÓN

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

17. PAGO DE PRIMAS

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

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

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

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

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

19. DELIMITACION TEMPORAL

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

20. RENOVACION

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

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

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

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

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

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

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

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

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

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

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

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

25. GARANTIAS

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

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

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

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

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

d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)

e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:

- Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
- Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
- Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.
- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.
- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

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

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

b. Acto Médico Erróneo

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

c. Asegurado

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

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

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

f. Gastos Legales

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

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

g. Daños

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

Daños no comprende:

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

h. Dato

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

i. Datos Personales

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

j. Evento Cibernético

Significa:

- a. Una violación de la seguridad de la red
- b. Uso no autorizado de una red informática
- c. Un virus de Computadora
- d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

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

l. Periodo Contractual

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

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

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

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

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

o. Reclamación

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

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

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

p. Reconocimiento de Antigüedad

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

q. Servicios Profesionales

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

r. Tomador

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

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

Medellín, 27 de septiembre de 2021

Señores

Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cali

E. S. D.

Proceso:	Verbal
Demandante:	Óscar Javier Sierra Ramírez y otros.
Demandado:	Clínica Versalles y otros.
Radicado:	76001310300620210010800
Asunto:	Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía

Laura Restrepo Madrid, abogada identificada con la C.C. No. 43.626.317, portadora de la T.P. 99.671 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita de la sociedad de servicios jurídicos RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S., apoderada judicial de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. (en adelante Chubb), de conformidad con el poder que ya obra en el expediente, mediante el presente, me permito dar respuesta a la demanda promovida por el señor Óscar Javier Sierra Ramírez y otros, en contra de Clínica Versalles y otros y al llamamiento en garantía formulado por ésta frente a CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., en los siguientes términos:

SECCIÓN 1: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. Oposición a las pretensiones de la demanda

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

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

A la primera. Me opongo a que se declare que la Clínica Versalles es contractualmente responsable de la muerte del señor Óscar Sierra y de los perjuicios causados a los demandantes por presunta negligencia, imprudencia e impericia médica en el diagnóstico y manejo del paciente, ya que la historia clínica del paciente da cuenta de la calidad y oportunidad de la atención médica que se le brindó por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demandada ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable que puedan dar lugar a responsabilidad civil por falla en el servicio médico y

administrativo, y de la historia clínica se desprende que el señor **Sierra** se retiró voluntariamente de la Clínica Versalles a pesar de la indicación de observación intrahospitalaria y nunca volvió a consultar.

Adicionalmente, me opongo a tal reconocimiento por no configurarse la totalidad de los elementos de la responsabilidad necesarios para que surja una obligación indemnizatoria.

A la segunda. Me opongo a que se condene a la **Clínica Versalles** al pago de los perjuicios que afirman haber sufrido los demandantes, toda vez que la **Clínica Versalles** no es responsable por los perjuicios morales que aduce la parte demandante. En efecto, la historia clínica del paciente da cuenta de la calidad y oportunidad de la atención médica que se le brindó por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demandada ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable que puedan dar lugar a responsabilidad civil por falla en el servicio médico y administrativo, y de la historia clínica se desprende que el señor **Sierra** se retiró voluntariamente de la Clínica Versalles a pesar de la indicación de observación intrahospitalaria y nunca volvió a consultar.

También me opongo a su prosperidad por no verificarse los elementos que estructuran la responsabilidad, no se demuestran las relaciones entre todos los demandantes y el señor **Sierra**, aunado al hecho de que las sumas pretendidas por los demandantes exceden los criterios jurisprudenciales vigentes de la Corte Suprema de Justicia para casos semejantes al que aquí se discute, y toda vez que la parte demandante no aporta prueba de tales perjuicios en los casos en que estas se requieren.

A la tercera y cuarta. Me opongo a su prosperidad ya que la historia clínica del paciente da cuenta de la calidad y oportunidad de la atención médica que se le brindó por la entidad demandada y asegurada por Chubb, y en consecuencia, no existió ninguna culpa imputable a la demandada ni ninguna transgresión a la lex artis aplicable que puedan dar lugar a responsabilidad civil por falla en el servicio médico y administrativo. En su lugar solicito se condene a la parte actora al pago de las costas del juicio y agencias en derecho que se causen al interior del presente proceso.

II. A los hechos de la demanda

Al Primero. Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, a mi poderdante no le consta que el señor Óscar Sierra haya tenido un accidente de tránsito el día 30 de septiembre de 2019 con una motocicleta marca Honda Invicta Live de placas ZBZ75D. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al Segundo. Este numeral contiene referencia a varios hechos, que se separan para responder así:

- Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb y a su asegurado, a mi representada no le consta que el señor Sierra haya sido atendido en el Hospital Piloto de Jamundí, ni el diagnóstico que haya recibido en dicha institución.
- Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de Chubb, a mi poderdante no le consta que el señor Sierra haya sido remitido a la Clínica Versalles. Sin embargo, ello parece ser cierto, según la historia clínica que en dicha entidad se elaboró, a cuyo contenido se atiene Chubb de conformidad con el valor probatorio que le reconozca el Despacho, y donde se evidencia la atención oportuna e integral que recibió el paciente en la institución.
- Igualmente, por tratarse de circunstancias ajenas a mi representada, a Chubb no le consta que el señor Sierra presentara escoriación en la región occipitoparietal y amnesia. Al respecto, la Aseguradora se atiene a lo que se pruebe en el proceso.
- Tampoco le constan a mi representada los antecedentes familiares del señor Sierra, pues se trata de circunstancias propias de su esfera íntima.

Al Tercero. En cuanto a los exámenes y pruebas que se le practicaron al señor Sierra en la Clínica Versalles el día 30 de septiembre de 2019, por tratarse de circunstancias ajenas a mi representada, Chubb se atiene a lo que consta en la historia clínica del paciente elaborada por la Clínica Versalles, de conformidad con el valor probatorio que le reconozca el Despacho.

Precisamente, de la historia clínica del señor Óscar Sierra se destacan aspectos que fueron omitidos por los demandantes pero resultan crucial para el asunto materia del litigio, a saber:

- El señor **Sierra** fue valorado por medicina general, encontrándolo en buenas condiciones generales.
- Se dejó en observación por varias horas por impresión diagnóstica de trauma encefalocraneano y bajo vigilancia neurológica.
- Se ordenó y practicó una tomografía axial computarizada.
- Se ordenó valoración por neurocirugía.
- El señor Sierra, apoyado por la hija que lo acompañaba, alrededor de las 2:55 am del 01 de octubre, decidió retirarse voluntariamente de la institución, argumentando que vivía lejos de allí y y debía iniciar sus actividades laborales en pocas horas. En este sentido, la historia clínica consigna:

"PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZO ESTUDIO TOMOGRÁFICO CEREBRAL Y EN ESTE MOMENTO CONTINUÁBAMOS CON CONDUCTA DE OBSERVACIÓN NEUROLÓGICA A LA ESPERA DE LECTURA, AL MOMENTO 12 HRS DE EVOLUCION DEL TEC MODERADO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO , EL PACIENTE Y LA FAMILIAR (HIJA) HAN SIDO REITERATIVOS EN SOLICITAR EL ALTA VOLUNTARIA INDICANDO QUE VIVEN LEJOS DE AQUI Y QUE TIENEN SUS ACTIVIDADES LABORALES EN POCAS HORAS. SE EVALUAN IMAGENES ESCANOGRÁFICAS EVIDENCIANDO EN REGION PARIETAL DERECHA PEQUEÑO HEMATOMA SUBDURAL , SIN EFECTO DE MASA, SIN DESVIACION DE LA LINEA MEDIA , SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y A LA FAMILIAR DE ESTOS HALLAZGOS INDICÁNDOLES QUE DEBE CONTINUAR POR ORDEN MEDICA SU PROCESO TERAPEUTICO Y DEBE SER VALORADO POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA POR RIESGO DE SANGRADO MAYOR , LESION NEUROLÓGICA Y HASTA LA MUERTE EN CASO DE COMPLICACION, A PESAR DE LAS EXPLICACIONES EL PACIENTE Y LA FAMILIAR FIRMAN EL DOCUMENTO DE DESISTIMIENTO Y SOLICITAN SU SALIDA. SE EVALUA MENTALMENTE Y NEUROLÓGICAMENTE AL PACIENTE, ENCONTRANDO PACIENTE CON GLASGOW 15/15 SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, SIN SG DE FOCALIZACION, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, MEMORIA RECIENTE Y A LARGO PLAZO CONSERVADA, SIN IDEAS DE MUERTE O IDEACION SUICIDA, SIN DELIRIOS, SIN SG MENINGEOS O CEREBELOSOS, NIEGA EMESIS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA A EXCEPCION DE CEFALEA LEVE DE PREDOMINIO EN EL LUGAR DEL TRAUMA. CONSIDERO QUE ANTE LOS HALLAZGOS A NIVEL NEUROLÓGICO, EN EL QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA CONCIENTE DE SUS ACTOS Y SUS DECISIONES, Y ESTAS SE ENCUENTRAN APOYADAS POR FAMILIAR ACOMPAÑANTE, NO PUEDO DENEGAR SU SOLICITUD DE SALIDA POR ALTA VOLUNTARIA, SE PROCEDE A REALIZAR CIERRE DE LA HISTORIA CLINICA Y SE LES INFORMA DIRECCIONARSE A LA CAJA".

Al Tercero (sic). Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y su asegurado, a mi poderdante no le consta que el señor **Sierra** haya consultado nuevamente en el Hospital Piloto de Jamundí el día 03 de octubre de 2019.

Tampoco le consta a la Aseguradora llamada en garantía que el señor **Sierra** haya sido remitido nuevamente a la Clínica Versalles. No obstante, se advierte que no existen pruebas de que el señor **Óscar Sierra** haya sido atendido en la Clínica Versalles con posterioridad a su salida voluntaria el 01 de octubre de 2019.

Al Cuarto. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb, a mi poderdante no le consta que el señor Óscar Sierra haya consultado el 07 de octubre en la Clínica Valle Salud San Fernando S.A.S., los motivos de consulta, ni el tratamiento que haya recibido allí. Al respecto, Chubb se atiene a lo que se demuestre en el proceso.

Al Quinto. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y su asegurado, a mi poderdante no le consta que el señor **Sierra** haya consultado nuevamente en el Hospital Piloto de Jamundí el día 13 de octubre de 2019, los motivos de consulta, ni el diagnóstico que haya recibido en dicha institución.

Tampoco le consta a la Aseguradora llamada en garantía que el señor **Sierra** haya sido remitido nuevamente a la Clínica Versalles. No obstante, se reitera que no existen pruebas de que el señor **Óscar Sierra** haya sido atendido en la Clínica Versalles con posterioridad a su salida voluntaria el 01 de octubre de 2019.

Al Sexto. Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb y a su Asegurado, a mi representada no le consta que el señor **Óscar Sierra** haya ingresado a urgencias de la Clínica Cristo Rey, ni las circunstancias de tiempo y modo de su ingreso.

Por el mismo motivo, no le consta a Chubb que el Dr. Simó Merino Escobar haya decidido hacer un nuevo TAC.

Al Séptimo. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y a su Asegurado, no le constan a mi representada los resultados del TAC, ni el tratamiento que haya recibido el señor Sierra en la Clínica Cristo Rey.

Al Octavo. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y a su Asegurado, no le consta a mi representada el tratamiento recibido el señor Sierra en la Clínica Cristo Rey.

Al Noveno. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y a su Asegurado, no le consta a mi representada el tratamiento recibido el señor Sierra en la Clínica Cristo Rey.

Al Décimo. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y a su Asegurado, no le constan a mi representada los resultados del TAC, ni el tratamiento que haya recibido el señor Sierra en la Clínica Cristo Rey.

Al Décimoprimer. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y a su Asegurado, no le consta a mi representada el tratamiento recibido el señor Sierra en la Clínica Cristo Rey.

Al Décimosegundo. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de Chubb y a su Asegurado, no le consta a mi representada el tratamiento recibido el señor Sierra en la Clínica Cristo Rey.

Al Décimotercero. Este numeral contiene varias afirmaciones, a las cuales se da respuesta en forma separada, así:

- Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, a mi representada no le consta que el señor **Óscar Sierra** haya fallecido el 27 de octubre de 2019 en la vereda San Isidro de Jamundí. No obstante, ello parece ser cierto de conformidad con la información consignada en el Registro de Defunción que obra en el expediente.
- Por tratarse de circunstancias ajenas a la Aseguradora que represento, a Chubb no le consta que el señor Luis Alberto de los Ríos haya encontrado al señor **Sierra** después de fallacer en su residencia.

Al Décimocuarto. Este numeral no contiene hechos sino consideraciones subjetivas del apoderado de los demandantes, sobre las cuales Chubb no tiene la obligación de pronunciarse.

No obstante, se advierte desde ya que del informe de necropsia que se aporta con la demanda se desprende que el señor **Óscar Sierra** falleció como consecuencia de un infarto agudo de miocardio y en él se consigna expresamente que “*NO [se encontraron] EVIDENCIAS DE TRAUMA NI FRACTURAS QUE EXPLIQUEN LA MUERTE*”. Es decir, el señor Sierra falleció por una causa no relacionada con el accidente sufrido el 30 de septiembre de 2019 y con la atención médica que recibió como consecuencia del mismo.

Al Décimoquinto. Este numeral no contiene hechos sino consideraciones subjetivas del apoderado de los demandantes, sobre las cuales Chubb no tiene la obligación de pronunciarse.

Se reitera que la Clínica Versalles brindó atención oportuna, rápida, integral y de calidad al señor Sierra en su ingreso del 30 de septiembre de 2019, y fue este quien decidió retirarse voluntariamente de la institución a pesar de haberse determinado la necesidad continuar el manejo y la observación en la Clínica, asumiendo con ello las consecuencias que pudiese generar su retiro.

Al Décimosexto. Lo narrado en este numeral se corresponde con valoraciones y consideraciones subjetivas de la parte actora sobre la existencia de un presunto daño moral en cabeza de los demandantes, frente a las cuales Chubb no tiene el deber de pronunciarse.

III. Defensas y excepciones

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

1. Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa de la Asegurada Clínica Versalles

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

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

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

Por lo tanto, para que la parte demandada resulte responsable en este caso, es indispensable que la parte demandante logre acreditar una conducta culposa atribuible a cada uno de los demandados. Sin embargo, destacamos desde ya que, en el proceso de la referencia, tal prueba no será lograda por los demandantes, pues como se verá en el trámite del proceso la atención médica brindada

al señor Óscar Sierra por parte del equipo multidisciplinario de profesionales en salud, fue ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención y a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, fue adecuada.

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

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

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

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

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

2. Ausencia de nexo de causalidad y culpa exclusiva de la víctima

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

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

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

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

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

En efecto, según los documentos que obran en el expediente existen varios elementos que desdibujan de tajo la existencia de cualquier nexo de causalidad entre el actuar de dicha entidad y los perjuicios que aducen los demandantes, en primer lugar, porque siendo el tratamiento y la atención que se le dio al señor **Óscar Sierra** en la **Clínica Versalles** el 30 de septiembre de 2019 fue adecuado y conforme con la *lex artis* y los protocolos aplicables para el manejo médico de pacientes con sospecha de trauma encefalocraneano.

Además de lo anterior, según se lee en el informe de necropsia aportado por los demandantes indica expresamente que la causa de la muerte no tiene relación con traumas ni fracturas, sino que se debe a un infarto agudo del miocardio. En efecto, en el informe se lee:

“NO [se encontraron] EVIDENCIAS DE TRAUMA NI FRACTURAS QUE EXPLIQUEN LA MUERTE”.

Y más adelante, en el acápite de ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL indica:

“CONCLUSIÓN PERICIAL: El caso se trata de un hombre adulto mayor el cual tenía una precarias condiciones (sic) de la salud que fallece por infarto agudo de miocardio.

“Causa básica de la muerte: Enfermedad arterial aterosclerótica severa.

“Manera de la muerte: natural.”

Finalmente, se advierte que el señor **Sierra** decidió retirarse voluntariamente de la **Clínica Versalles** alrededor de las 2:55 am del 01 de octubre de 2019, a pesar de la insistencia del médico tratante, tal como se consignó en la historia clínica, así:

“PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZO ESTUDIO TOMOGRÁFICO CEREBRAL Y EN ESTE MOMENTO CONTINUÁBAMOS CON CONDUCTA DE OBSERVACIÓN NEUROLOGICA A LA ESPERA DE LECTURA, AL MOMENTO 12 HRS DE EVOLUCION DEL TEC MODERADO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO , EL PACIENTE Y LA FAMILIAR (HIJA) HAN SIDO REITERATIVOS EN SOLICITAR EL ALTA VOLUNTARIA INDICANDO QUE VIVEN LEJOS DE AQUI Y QUE TIENEN SUS ACTIVIDADES LABORALES EN POCAS HORAS. SE EVALUAN IMAGENES ESCANOGRAFICAS EVIDENCIANDO EN REGION PARIETAL DERECHA PEQUEÑO HEMATOMA SUBDURAL , SIN EFECTO DE MASA, SIN DESVIACION DE LA LINEA MEDIA , SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y A LA FAMILIAR DE ESTOS HALLAZGOS INDICÁNDOLES QUE DEBE CONTINUAR POR ORDEN MEDICA SU PROCESO TERAPEUTICO Y DEBE SER VALORADO POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA POR RIESGO DE SANGRADO MAYOR , LESION NEUROLOGICA Y HASTA LA MUERTE EN CASO DE COMPLICACION, A PESAR DE LAS EXPLICACIONES EL PACIENTE Y LA FAMILIAR FIRMAN EL DOCUMENTO DE DESISTIMIENTO Y SOLICITAN SU SALIDA. SE EVALUA MENTALMENTE Y NEUROLOGICAMENTE AL PACIENTE, ENCONTRANDO PACIENTE CON GLASGOW 15/15 SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, SIN SG DE FOCALIZACION, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, MEMORIA RECIENTE Y A LARGO PLAZO CONSERVADA, SIN IDEAS DE MUERTE O IDEACION SUICIDA, SIN DELIRIOS, SIN SG MENINGEOS O CEREBELOSOS, NIEGA EMESIS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA A EXCEPCION DE CEFALEA LEVE DE PREDOMINIO EN EL LUGAR DEL TRAUMA. CONSIDERO QUE ANTE LOS HALLAZGOS A NIVEL NEUROLOGICO, EN EL QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA CONCIENTE DE SUS ACTOS Y SUS DECISIONES, Y ESTAS SE ENCUENTRAN APOYADAS POR FAMILIAR ACOMPAÑANTE, NO PUEDO DENEGAR SU SOLICITUD DE SALIDA POR ALTA VOLUNTARIA, SE PROCEDE A REALIZAR CIERRE DE LA HISTORIA CLINICA Y SE LES INFORMA DIRECCIONARSE A LA CAJA”

Al desistir voluntariamente del tratamiento médico que se venía ofreciendo hasta ese momento por parte del personal de la **Clínica Versalles**, el señor **Óscar Sierra** asumió los riesgos que ello podía implicar, por lo que ninguna responsabilidad se podrá predicar de la clínica demandada asegurada por Chubb.

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

3. Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados.

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

Adicionalmente, para que el daño sea indemnizable, debe ser cierto, directo y la parte que reclama su reparación debe probar no sólo su existencia, sino su cuantía y extensión. Además, para reclamar eficazmente los perjuicios morales por la muerte de un familiar, los demandantes deben demostrar su legitimación en razón del parentesco o relación que los unía con el paciente, prueba que no obra en el expediente respecto de todos los demandantes.

En el presente caso, concluido el trámite probatorio del proceso, el Despacho podrá concluir que no se constatan los elementos del daño indemnizable, y los montos solicitados por concepto de los perjuicios de carácter extrapatrimonial superan los criterios establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

4. Excesiva e indebida solicitud de perjuicios extrapatrimoniales

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

En este sentido, si se revisan las cuantías de los perjuicios extrapatrimoniales pretendidos por los demandantes, se constata que superan, por mucho, los parámetros que ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia para esos efectos en casos como el de la referencia, por lo que, aún si se lograra probar la existencia de esos perjuicios, de ninguna manera podrían reconocerse en las cuantías solicitadas en la demanda.

Finalmente, destacamos que no existe prueba, ni solicitada ni aportada, del perjuicio extrapatrimonial de aquellos demandantes de quienes no se presume, ni del daño a la vida de relación; y, por tanto, de no acreditarse en el trámite probatorio del proceso, ninguna indemnización será procedente por esos rubros.

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

6. Improcedencia de una sentencia condenatoria

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos en este capítulo, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de los elementos de la Responsabilidad Civil el daño, la conducta culpable de los demandados y el nexo de causalidad.

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

SECCIÓN 2: CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE CLÍNICA VERSALLES A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

I. A los hechos del llamamiento en garantía.

Al 1. Para responder se separa así:

- Es cierto que entre la **Clínica Versalles**, como tomador y Chubb Seguros Colombia S.A., como asegurador, se celebró un contrato de seguro de responsabilidad civil que se instrumentó en la póliza de responsabilidad civil profesional médica No. 12-42623, vigente entre el 10 de noviembre de 2019 y el 09 de noviembre de 2020, bajo la modalidad de cobertura de reclamación o Claims Made.
- Es cierto que la **Clínica Versalles** figura como asegurado en dicha póliza.
- En cuanto al objeto del amparo contratado, Chubb se atiene al contenido de la póliza mencionada, en cuyas condiciones particulares se anota:

"Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas

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

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

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

Al 2. Para responder se separa, así:

- No obstante tratarse de circunstancias ajenas a la aseguradora que represento, de conformidad con el contenido de la demanda parece ser cierto que las pretensiones se fundamentan en los hechos que tuvieron lugar el 30 de septiembre de 2019 en las instalaciones de la **Clínica Versalles**, en relación con los cuales Chubb se atiene a lo que se pruebe en el proceso.
- Por tratarse de circunstancias ajenas a Chubb, a mi representada no le consta que para el momento de la ocurrencia de los hechos, la Clínica Versalles tenía vigente la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales con Allianz Seguros S.A. No. 22347714, con vigencia desde el 10/10/2018 hasta el 09/10/2019 y una prórroga del 10 de octubre de 2019 al 10 de noviembre de 2019.
- Las demás afirmaciones que se hacen en este numeral corresponden a consideraciones subjetivas del apoderado de la llamante en garantía frente a las cuales mi representada no tiene el deber de pronunciarse.

Al 3. Es cierto que la póliza No. 12-42623 se contrató con un período de retroactividad, que se especificó y condicionó según lo descrito en las condiciones particulares de la misma póliza, así:

"Fecha de retroactividad:
"Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A. Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad. Condición aplicable para la fecha de retroactividad otorgada en esta póliza: La aseguradora no será responsable y el asegurado renuncia al llamamiento en garantía de la aseguradora, por cualquier evento, reclamo o circunstancia que pueda estar cubierta por otra póliza cuya modalidad sea distinta a la de claims made."

Al 4. Para responder se separa así:

- En cuanto a la fecha de retroactividad pactada en la póliza No. 12-42623, Chubb se atiene al texto de dicho documento.
- En cuanto a la fecha de retroactividad pactada en la póliza No. 22347714 expedida por Allianz, Chubb se atiene al contenido de la misma, según el valor probatorio que le reconozca el Despacho, y a que se pruebe el cumplimiento de todos los requerimientos necesarios por parte de la Clínica Versalles para que operara la fecha de retroactividad, según la cláusula transcrita al dar respuesta al numeral anterior.

Al 5. De conformidad con los documentos que obran en el expediente, se desprende que en efecto se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial convocada por los mismos demandantes en relación con los mismos hechos que se discuten en el presente proceso, el día 29 de octubre de 2020.

Lo demás son consideraciones jurídicas del apoderado de la llamante en garantía sobre las cuales Chubb no tiene el deber de pronunciarse.

Al 6. En cuanto al fundamento de la demanda que dio origen al actual proceso, Chubb se atiene al contenido de la misma.

Al 7. Este numeral no contiene hechos sino consideraciones jurídicas del apoderado de la llamante en garantía sobre las cuales mi representada no tiene el deber de pronunciarse.

Al 8. Este numeral no contiene hechos sino consideraciones jurídicas del apoderado de la llamante en garantía sobre las cuales mi representada no tiene el deber de pronunciarse.

II. A las pretensiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de **Chubb**, solicito al Despacho dar estricta aplicación al contrato de seguro celebrado entre **Clínica Versalles** como tomador, y **Chubb** como asegurador, instrumentado en la póliza No. 12-42623.

En consecuencia, en el remoto evento en que **Clínica Versalles** llegare a ser condenada a indemnizar a los demandantes, solicito se observen los términos del contrato de seguro instrumentado en la póliza No. 12-42623, en relación con, solicito al Despacho tener en cuenta lo siguiente:

a. La póliza que sirve de fundamento al presente llamamiento en garantía, las normas legales (artículo 1127 a 1133 del Código de Comercio Colombiano) y los principios generales de los seguros de daños, describen de manera precisa los amparos, coberturas y límites dentro de los cuales opera la Póliza No. 12-42623 contratada con **Chubb**. En consecuencia, le solicito, señor Juez, dar aplicación estricta a las definiciones y descripciones de amparos y coberturas antes mencionados.

b. Las pólizas de seguro que fundamentan este llamamiento en garantía y el Código de Comercio Colombiano, contemplan exclusiones convencionales y legales de la cobertura. En caso de encontrarse probado en el proceso un hecho que constituya una exclusión convencional o legal, solicito al Despacho declararla probada.

Adicionalmente, solicito tener en cuenta que el llamamiento en garantía es el medio procesal dispuesto para el ejercicio de la pretensión revérsica, es decir, para exigir de otro el derecho legal o contractual “... *el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva...*”, de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del C. G. P. Por tanto, en caso de prosperar el llamamiento en garantía, no podría condenarse a **Chubb** a pagar directamente la indemnización a los demandantes, sino a reembolsarle a **Clínica Versalles** lo que esta tenga que pagarles a los demandantes, por supuesto dentro de los términos y condiciones acordados en la póliza No. 12-42623.

III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía.

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

1. Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas de la póliza No. 12-42623, por ausencia de responsabilidad imputable a la Clínica Versalles

La Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-42623 tiene por objeto el amparo de los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales, siempre que el reclamo en contra del asegurado se formule dentro del período de vigencia de la póliza y obedezca a hechos ocurridos dentro del período de retroactividad. En efecto, en las condiciones particulares de la póliza, se describe el riesgo así:

“Cobertura Básica

“Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas

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

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

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

Donde acto médico se define como el

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

“Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.” (Ver cláusula 26, literal a, de las condiciones generales de la póliza).

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

Partiendo de las anteriores definiciones de la póliza, debe advertirse que los hechos en que se fundamenta la demanda instaurada por el señor **Oscar Sierra Ramírez y otros**, en contra de la **Clínica Versalles y otros** no constituyen un siniestro cubierto bajo la póliza mencionada, por los siguientes motivos:

- a. A través de la póliza en comento se pretende amparar únicamente los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por actos médicos durante la prestación de sus servicios profesionales.
- b. No obstante, en el caso que nos ocupa, de los argumentos desarrollados por la **Clínica Versalles** en su escrito de contestación a la demanda y de los documentos que obran en el proceso se deduce, sin duda alguna, que ninguno de los perjuicios que afirma haber sufrido la demandante y sus familiares, fue causado por las acciones u omisiones culposas de la **Clínica Versalles** en ejecución de un acto médico.
- c. Por tanto, al no existir responsabilidad en cabeza de la **Clínica Versalles** en calidad de asegurado que se le pueda imputar por la ejecución de un acto médico (erróneo), no se ha realizado el riesgo cubierto bajo la Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-42623 y por tanto, no ha nacido ninguna obligación en cabeza de la aseguradora que represento.

En conclusión, la Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 12-42623 no se encuentra llamada a cubrir las pérdidas que han dado origen a la demanda instaurada por el señor **Oscar Sierra Ramírez y otros**.

2. Exclusión de errores administrativos

De conformidad con el principio plasmado en el artículo 1056 del C. Co., al cual ya se ha hecho referencia, las partes acordaron expresamente excluir de cobertura aquellos

“Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.” (Exclusiones adicionales, condiciones particulares)

Así las cosas, en el remoto caso de llegarse a demostrar que la responsabilidad imputable a la **Clínica Versalles** proviene de errores empresariales o administrativos, no habrá lugar a la afectación de la póliza No. 12-42623 expedida por **Chubb**.

3. Valores asegurados y deducibles aplicables.

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

Ahora bien, en relación con el amparo básico de responsabilidad civil médica de la póliza No. 12-42623, deberá tenerse en cuenta que:

3.1. Los valores asegurados comprenden un límite de \$1.000.000.000.

3.2. Ante una eventual condena a la **Clínica Versalles** donde además se le ordene a **Chubb** reembolsarle lo pagado al demandante, la entidad deberá asumir en cualquier caso una porción de la condena a título de deducible que para daños corresponde a un 10% mínimo \$60.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

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

SECCIÓN 3: SOLICITUD DE PRUEBAS

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

1. Interrogatorio de parte

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

2. Documental.

Aporto el documento que contiene la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 12-42623, así como sus condiciones generales y particulares para que sea tenido como prueba en el proceso.

3. Ratificación de documentos.

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

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

4. Solicitud de pruebas de la Clínica Versalles

Solicito que también se decreten como pruebas de Chubb los testimonios solicitados en la contestación a la demanda por parte de la **Clínica Versalles**.

5. Oposición a la solicitud probatoria de la parte demandante

Me opongo a que se decrete el dictamen pericial solicitado por la parte demandante en el numeral 20 del acápite de pruebas de la demanda, pues no se especifica lo que se pretende probar con el dictamen ni el cuestionario que habrán de absolver los peritos.

Adicionalmente, deberá tenerse en cuenta lo dispuesto en el inciso 2 del art. 226 del CGP, según el cual “*Sobre un mismo hecho o materia cada sujeto procesal solo podrá presentar un dictamen pericial*”, pues los demandantes aportaron ya el dictamen del INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, correspondiente al informe de necropsia identificado con el No. 2019010176001002358, relativo a las causas de la muerte del señor **Óscar Sierra**, por lo que no resulta procedente decretar un nuevo dictamen a solicitud de la parte demandante.

SECCIÓN 4: ANEXOS

Se anexan los documentos anunciados en el capítulo de pruebas.

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

SECCIÓN 5: DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

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

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

Atentamente,



Laura Restrepo Madrid

C.C. 43.626.317

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